Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários de Ponta Delgada

SEJA SÓCIO POR UMA BOA CAUSA - ESTAMOS PRONTOS A AJUDÁ-LO. AJUDE-NOS A AJUDAR OS OUTROS

PEDIDO DE ADESÃO

☐ SIM, QUERO SER SÓCIO DA ASSOCIAÇÃO H. BOMBEIROS. **SÓCIO Nº.** ☐☐☐☐☐☐☐

☐ SIM, QUERO SER SÓCIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA. **SÓCIO Nº.** ☐☐☐☐☐☐☐

DADOS PESSOAIS

NOME:

B.I: Nº. CONTRIBUINTE:

DATA DE NASCIMENTO: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ NATURALIDADE:

MORADA:

E-mail:

FREGUESIA: CONCELHO:

CÓDIGO POSTAL: ☐☐☐☐-☐☐☐ PROFISSÃO:

TEL RESIDÊNCIA: TLM: AG FAMILIAR Nº. ☐☐

MODALIDADE DE PAGAMENTO

Valores Mínimos	A.H.B.V.P.D.	Assistência Médica (sócio)	Assistência Médica (não sócio)
Mensal	**2,50 €** ☐	**3,25 €** ☐	**4,00 €** ☐
Trimestral	**7,50 €** ☐	**9,75 €** ☐	**12,00 €** ☐
Semestral	**15,00 €** ☐	**19,50 €** ☐	**24,00 €** ☐
Anual	**30,00 €** ☐	**39,00 €** ☐	**48,00 €** ☐

DATA: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ CÓDIGO DE COBRANÇA: ☐☐☐☐☐

ASSINATURA DO SÓCIO / BENEFICIÁRIO: ____________________

PARA MAIS INFORMAÇÕES LIGUE **296 301 313** (**GERAL**) OU **296 301 314** (**SECRETARIA**)

------------✂--

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Exmos. Senhores, autorizo por débito da conta abaixo indicada, que procedam, até nova comunicação, aos pagamentos das quotas que vos forem apresentadas pela Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários de Ponta Delgada.

NIB : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

BANCO ____________________ BALCÃO ____________________

NOME DO TITULAR:

ASSINATURA: ____________________

	A.H.B.V.P.D.	Assistência Médica (sócio)	Assistência Médica (não sócio)
Semestral	☐.☐☐☐,☐☐€	☐.☐☐☐,☐☐€	☐.☐☐☐,☐☐€
Anual	☐.☐☐☐,☐☐€	☐.☐☐☐,☐☐€	☐.☐☐☐,☐☐€