



AFIM MUHIPITI - Associação de Ajuda Fraterna à Ilha de Moçambique

PROPOSTA DE ASSOCIADO

(Preencha a ficha e envie-nos por e-mail, fax ou carta junto com o comprovativo do pagamento)

Nº _____

NOME

MORADA

LOCALIDADE CP -

CC/BI/PASS. DATA - -

DAT. NASCIMENTO - - CONTRIBUINTE

TELEFONE / TELEMÓVEL

E-MAIL

PROFISSÃO

QUOTA ANUAL € 40,00 (1 Diária)
 € 80,00 (2 Diárias)
 € 120,00 (3 Diárias)

PAGAMENTO POR Transferência Bancária
 Numerário
 Cheque

DATA - -

ASSINATURA _____

✂.....

Cupão de Transferência Bancária (entregar no Banco o titular tem a conta)

NOME

Autorizo o meu banco _____ Balcão _____

A transferir da minha conta NIB

Para a conta da AFIM NIB 003504260003790043114 da CGD, Mafra a quantia de € . ,
a partir do dia - - e nos anos seguintes, só cessando à minha ordem.

Nome do 1º Titular da Conta

Data - -

Assinatura _____