



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS HEMOFÍLICOS

Membro da Federação Mundial de Hemofilia e do Consórcio Europeu da Hemofilia

Av. João Paulo II, Lote 530, Loja A • 1900-726 Lisboa – Portugal

Telefs.: 351 21 859 84 91 / 21 895 85 39 • Fax: 351 21 837 10 65

E-mail: hemo.aph@clix.pt • www.aphemofilicos.pt

Contribuinte N.º 501 415 971

PROPOSTA DE ASSOCIADO

N.º:

Nome:

Morada:

Código Postal:

Concelho:

Distrito:

E-mail:

Telef.: Telem: Fax:

N.º Cont.: B. I. n.º: Est. Civil:

Profissão: Familiar de hemofílico

Data Nasc.: ANO MÉS DIA Nacionalidade:

Tipo de Hemofilia: _____ Grave Moderada Leve Percentagem: _____%

Grupo Sanguíneo: ___Rh___ Anticorpos: _____

Cônjuge:

Pai:

Mãe:

Modo de Pagamento:

- Cheque à ordem da APH
- Transferência Bancária*
- Numerário
- Vale Postal

**Quota em Euros: Anual Mensal

Local de Cobrança:

- Sede da APH
- Banco _____
- Outro _____

Data de Inscrição: ANO MÉS DIA

**A quota mínima mensal é de 1,25 euros

Data de Admissão:

Assinatura _____

Os espaços a vermelho são para preencher pela APH

*ORDEM DE TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

ASSOCIADO N.º:

Eu, _____ autorizo que anualmente e até instruções contrárias, seja transferido da minha conta (NIB)

do Banco _____ Agência de _____

para a conta da Associação Portuguesa dos Hemofílicos, na Caixa Geral de Depósitos, agência Av. Almirante Reis com o NIB 003500630005908853024, a importância referente à quota anual no valor de euros,

com início em ANO MÉS DIA

Data de Inscrição: ANO MÉS DIA Assinatura _____