



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS  
DIMINUÍDOS MENTAIS DE PENAFIEL

## ***Proposta de Associado***

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ N.º Contribuinte: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Local de Cobrança: APADIMP  Cobrador

Outro: \_\_\_\_\_

Quota: \_\_\_\_\_ .00€ (Valor mínimo anual 12€)

O Candidato: \_\_\_\_\_

Penafiel, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 200\_\_

O proponente: \_\_\_\_\_

Associado n.º \_\_\_\_\_

Aprovado em reunião de Direcção de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A Direcção \_\_\_\_\_