

SÓCIO N.º					
-----------	--	--	--	--	--

APROVADO EM						
	DIA	MÊS	ANO			

FICHA DE INSCRIÇÃO

FOTO

NOME COMPLETO	
---------------	--

MORADA	
--------	--

CÓDIGO POSTAL		-			LOCALIDADE	
---------------	--	---	--	--	------------	--

TELEFONE							TELEMÓVEL						
----------	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--

E-MAIL		PROFISSÃO	
--------	--	-----------	--

BI/CC								NIF						
-------	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--

DATA DE NASCIMENTO						
	DIA	MÊS	ANO			

1. COMO TEVE CONHECIMENTO DA ASSOCIAÇÃO HORIZONTE?

HOSPITAL		MÉDICO/ENFERMEIRO		FAMILIAR/AMIGO		ASSISTENTE SOCIAL/PSICÓLOGO		OUTRO	
----------	--	-------------------	--	----------------	--	-----------------------------	--	-------	--

	SIM	NÃO
2. É PORTADOR(A) DE DOENÇA MENTAL?		
3. É FAMILIAR DE ALGUÉM PORTADOR(A) DE DOENÇA MENTAL?		
4. É AMIGO DE ALGUÉM PORTADOR(A) DE DOENÇA MENTAL?		
5. DESEJA COLABORAR COM A ASSOCIAÇÃO?		

SE RESPONDEU SIM À PERGUNTA 5, QUAIS AS FUNÇÕES QUE PRETENDE REALIZAR? QUAL É A SUA DISPONIBILIDADE?

--

PAGAMENTO

JÓIA - 10,00 €		QUOTA TRIMESTRAL - 6,25 €		QUOTA SEMESTRAL - 12,50 €		QUOTA ANUAL - 25,00 €	
----------------	--	---------------------------	--	---------------------------	--	-----------------------	--

OBSERVAÇÕES

--

ASSINATURA

--