

Sócio(a) n.º: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Naturalidade: _____

B.I / C.C. n.º: _____ Válido até: _____ / _____ / _____

N.º Contribuinte: _____

Estado Civil: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Contactos: E-mail: _____ Telemóvel: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão: _____

É portador de Esclerose Múltipla? Sim Não

Se Sim: Hospital onde está a ser tratado: _____

Médico Especialista: _____

Tipo de Quota: Trimestral (9,70€) Semestral (19,50€)
 Anual (38,50€) Vitalícia (1.000,00€)

Valor da Quota: (a) _____ €

Tipo Pagamento: (b) Cheque Vale Postal Numerário
 Transferência Bancária para a conta ANEM no banco SantanderTotta
IBAN PT50 0018 0000 5559 4721 0205 0

a) Deverá entregar 1 foto tipo passe ou digitalização da mesma para emissão de cartão de associado.

b) De acordo com o RGPD da ANEM que entrou em vigor a 25 de Maio de 2018 dou o meu consentimento expresso para a continuidade do tratamento e recolha dos meus dados pessoais
(consulte o regulamento em www.anem.org.pt) (assinale com uma X se autoriza o mesmo)

Valbom, _____ / _____ / _____

Rubrica: _____