

Sede: Centro de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães
 Praça Pedro Nunes, 88
 4099-028 PORTO

SÓCIO N.º

Data de Inscrição:/...../.....

<i>TIPO DE SÓCIO:</i>		<i>VALOR</i>
<i>Efectivo</i> (c/ quota ; pai, mãe)	<input type="checkbox"/>	40 €
<i>Auxiliar</i> (c/ quota ; amigo , técnico)	<input type="checkbox"/>	20 €
<i>Benemérito</i> (serviços ; doação)	<input type="checkbox"/>	
<i>Honorário</i> (serviços excepcionais)	<input type="checkbox"/>	

NOME DO SÓCIO:

D.N.: / / **PROFISSÃO:**

MORADA:

CÓDIGO POSTAL:

TELEFONES:(Res.) ;(Emp.) ;(Móvel)

e-mail:

CONTRIBUINTE N.º:.....

NOME DO CONJUGE:

D.N.: / / **PROFISSÃO:**

TELEFONES:(Res.) ;(Emp.) ;(Móvel)

NOME DO FILHO(A) ou Familiar / Amigo com DHMP (Doença Hereditária do Metabolismo das Proteínas):

D.N.: / / **Centro de Tratamento**

Quem o informou da existência da Associação :

CONTABILIDADE :

A N O	PAGO EM	R E C I B O	BANCO – CHEQUE N.º	O B S - D E S C R I Ç Ã O

OBSERVAÇÕES :