

Nome Completo _____

N.º Contribuinte _____ N.º do C.C. / B. I. _____
(passaporte ou cédula)

Data de nascimento ___ / ___ / ___ Sexo F M

Profissão: Estudante Outra _____ Email _____

Morada _____ Localidade _____

Cód. Postal _____ - _____ Telefone _____ Telemóvel _____

(preencher no caso de ser estudante)

Estabelecimento de ensino _____ Ano _____

Área/ Curso _____

Áreas de Interesse

Passeios Pedestres BTT Yoga Xadrez Cinema Outras, quais? _____

Orientação Futsal Teatro Infantil Ambiente Projetos Desenvolvimento Social

Montanhismo / Escalada Dança Teatro Ciência Fotografia

(preencher no caso do candidato a sócio ser menor de 14 anos, de acordo com o ponto um, do artigo segundo, da Lei n.º 124/99, de 30 de Agosto, sobre a Liberdade de associação de menores.)

Declaração

Declaro que autorizo o meu filho(a) acima identificado, menor de 14 anos, a fazer parte desta Associação, responsabilizando-me por todos os pagamentos e qualquer falta cometida.

Assinatura do encarregado de educação _____

Assinatura do candidato a sócio _____

O presidente da Direção _____

Data ___ / ___ / ___

Quotização: O pagamento é feito por débito em conta, solicitando que a cobrança seja efectuada da seguinte forma:

Mensal Trimestral Semestral Anual

Autorização de Débito Direto SEPA

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o Académico de Torres Vedras a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco debitar a sua conta, de acordo com as instruções do Académico de Torres Vedras. Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu Banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Os seus direitos são explicados em declaração que pode obter no seu Banco. Preencha por favor todos os campos assinalados com *. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do Credor.

Identificação do Devedor

* Nome do(s) Devedor(es) _____

Nome da rua e número _____

Código Postal _____ Cidade _____

País _____

* Número de conta – IBAN _____

BIC SWIFT _____

Tipo de pagamento:

* Pagamento recorrente Ou Pagamento pontual

Local de assinatura:

Localidade _____ * Data

D	D	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Assinar aqui por favor:

* Assinatura(s) _____
Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.