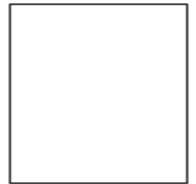




ASSOCIAÇÃO CULTURAL E DE APOIO SOCIAL DE OLHÃO

Instituição Particular de Solidariedade Social
NIPC: 501 350 543

PROPOSTA ADMISSÃO (Associado/Sócio)



Nome completo: _____
Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado civil: _____ Profissão: _____
N.º Doc. Identificação (C.C.): _____ N.º Contribuinte: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E- mail: _____
Morada: _____
Concelho: _____ Freguesia: _____ Código - Postal: _____ - _____
Pretende pagar Quota mensal de: _____ €
(Quota mensal mínima de 1,25€) _____
Assinatura Legível

Modalidades de pagamento (assinalar a modalidade de pagamento pretendida):

- Na Tesouraria: Rua das Lavadeiras, nº 26-8700-404 OLHÃO ou Quinta do Brejo - Brancanes - Quelfes - OLHÃO.
- Transf. ou Dep. Bancário na Conta C.G.D. IBAN: PT50 0035 0555 00003497530 43 ou Conta Montepio IBAN: PT50.0036.0428.99106000956.52
- Sistema de Débitos Diretos
- Autorizo e dou consentimento que os meus dados pessoais sejam recolhidos e tratados para todos os efeitos imprescindíveis associados aos vínculos na qualidade de associado, enquanto esse vínculo perdurar e pelo período mínimo estritamente necessário, nos termos da lei (em particular, a lei nº67/98, de 26 de Outubro – lei de proteção de dados pessoais) que garante a estrita confidencialidade no tratamento dos dados.

NOTA:

- É obrigatório a entrega de comprovativo do n.º de identificação civil e n.º de identificação fiscal (e.x. fotocópia autorizada de cartão de cidadão)
- Ao abrigo do artigo 12º dos estatutos, o não pagamento de quotas durante seis meses e após notificação não respondida no prazo de 30 dias, implica a perda de qualidade de associado.
- Qualquer alteração de dados deve ser comunicada aos serviços da ACASO, preenchendo e assinando o impresso IMP.DAF_006 – Alteração/Atualização de Dados.

RESERVADOS AOS SERVIÇOS

| | | | |
|--|---|---|--|
| Sócio Proponente _____ Assinatura legível do sócio Proposta recebida em: ____/____/____ _____ Assinatura legível do responsável | Proposta: Aceite <input type="checkbox"/> Não Aceite <input type="checkbox"/> Data: ____ / ____ / ____ A Direção _____ | Tratamento DAF-Secção Sócios Lançada em : ____ / ____ / ____ Cód. de sócio: _____ _____ Assinatura legível do responsável | Tratamento DAF-Secção Expediente Lançada no iportal ____ / ____ / ____ _____ Assinatura legível do responsável |
|--|---|---|--|

Código/Versão: IMP.DAF_005.v.01
Elaborado: DAF
Data: 30/06/2020

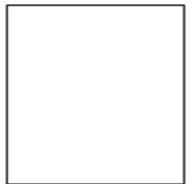
Página 1 de 1
Aprovado: DAF
Data: 30/06/2020



ASSOCIAÇÃO CULTURAL E DE APOIO SOCIAL DE OLHÃO

Instituição Particular de Solidariedade Social
NIPC: 501 350 543

PROPOSTA ADMISSÃO (Associado/Sócio)



Nome completo: _____
Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado civil: _____ Profissão: _____
N.º Doc. Identificação (C.C.): _____ N.º Contribuinte: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E- mail: _____
Morada: _____
Concelho: _____ Freguesia: _____ Código - Postal: _____ - _____
Pretende pagar Quota mensal de: _____ €
(Quota mensal mínima de 1,25€) _____
Assinatura Legível

Modalidades de pagamento (assinalar a modalidade de pagamento pretendida):

- Na Tesouraria: Rua das Lavadeiras, nº 26-8700-404 OLHÃO ou Quinta do Brejo - Brancanes - Quelfes - OLHÃO.
- Transf. ou Dep. Bancário na Conta C.G.D. IBAN: PT50 0035 0555 00003497530 43 ou Conta Montepio IBAN: PT50.0036.0428.99106000956.52
- Sistema de Débitos Diretos
- Autorizo e dou consentimento que os meus dados pessoais sejam recolhidos e tratados para todos os efeitos imprescindíveis associados aos vínculos na qualidade de associado, enquanto esse vínculo perdurar e pelo período mínimo estritamente necessário, nos termos da lei (em particular, a lei nº67/98, de 26 de Outubro – lei de proteção de dados pessoais) que garante a estrita confidencialidade no tratamento dos dados.

NOTA:

- É obrigatório a entrega de comprovativo do n.º de identificação civil e n.º de identificação fiscal (e.x. fotocópia autorizada de cartão de cidadão)
- Ao abrigo do artigo 12º dos estatutos, o não pagamento de quotas durante seis meses e após notificação não respondida no prazo de 30 dias, implica a perda de qualidade de associado.
- Qualquer alteração de dados deve ser comunicada aos serviços da ACASO, preenchendo e assinando o impresso IMP.DAF_006 – Alteração/Atualização de Dados.

RESERVADOS AOS SERVIÇOS

| | | | |
|--|---|---|--|
| Sócio Proponente _____ Assinatura legível do sócio Proposta recebida em: ____/____/____ _____ Assinatura legível do responsável | Proposta: Aceite <input type="checkbox"/> Não Aceite <input type="checkbox"/> Data: ____ / ____ / ____ A Direção _____ | Tratamento DAF-Secção Sócios Lançada em : ____ / ____ / ____ Cód. de sócio: _____ _____ Assinatura legível do responsável | Tratamento DAF-Secção Expediente Lançada no iportal ____ / ____ / ____ _____ Assinatura legível do responsável |
|--|---|---|--|

Código/Versão: IMP.DAF_005.v.01
Elaborado: DAF
Data: 30/06/2020

Página 1 de 1
Aprovado: DAF
Data: 30/06/2020