



A preencher pelos serviços da TEM

Associado nº. _____

Data de admissão: ____/____/____

Delegação: _____

Direcção: _____

Por favor, preencha com letra legível

DADOS PESSOAIS (preenchimento obrigatório):

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ Localidade: _____

Freguesia: _____ Concelho: _____

Tel: _____ Telemóvel: _____ Nº de Contribuinte: _____

E-mail1 _____

Autorizo a TEM a enviar a correspondência por email.

Data de nascimento: ____ / ____ / _____ Profissão: _____

Quota anual:

Associado Activo - 15 € Associado Benfeitor - ____€ (valor mínimo de 60€)

NIB - 0036.0038.99100718881.96 (enviar cópia do talão de multibanco ou de depósito)

DADOS PESSOAIS (preenchimento facultativo):

Amigo Familiar Doente - Qual é o seu hospital? _____

Nome para contacto: _____ contacto: _____

Assinatura: _____

(ao assinar, o proponente a sócio compromete-se a respeitar os Estatutos da TEM e os respectivos regulamentos internos)