



Associação Portuguesa de Apoio, Formação e Investigação em Dislexia

SÓCIO Nº _____

PEDIDO DE INSCRIÇÃO

Nome: _____

BI/Cartão de cidadão: _____ NIF: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

Profissão: _____

Email: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

Solicita ser sócio da APAFID (quota anual de 10€)

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura:

***Realizar pagamento na conta da Caixa Geral de Depósitos com o IBAN - PT50 0035 0360 00082815 030 04**

Largo do Torreão – Quarteirão Associativo, casa nº3

6300-609 Guarda | 927008108

apafid@gmail.com | www.apafid.pt