



PROPOSTA Nº: _____

Nome: _____

Data de
Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado civil: _____

e-Mail: _____ Telm: _____

Formação: _____ Profissão: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código postal: _____

Quota: 12 Euros/ano

Pagamento: _____

Através do Proponente ____ / Residência ____ / Transferência ____ / Sede da Liga ____

Dados para Transferência: PT50 0033 0000 50018687582 05

Enviar comprovativo para ligamigoshospitalamarante@gmail.com

Proponente: _____

Ass: _____

Ass. do
Proposto: _____

Data da inscrição:

Aprovado em Reunião da Direção

____ / ____ / ____

____ / ____ / ____

Pela Direção da Liga