



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

www.ligamigoshospitalamarante.org

Rampa do Hospital, 62. Edifício Tapado, Fração E. 4600-001 Amarante

Fundada em 06/12/1990 . Pessoa Coletiva de Utilidade Pública . Contribuinte nº.502 582 162