

Delegação _____

Inscrição Alteração

M.A.Contribuinte. _____ Coletivo Singular

FICHA DE INSCRIÇÃO DE MEMBRO ASSOCIADO CONTRIBUINTE

1. Identificação (*campos de preenchimento obrigatório)

Nome* _____

Morada* _____

Localidade* _____ C. Postal* _____ - _____

Sexo* F M Data Nasc.* _____ Cartão Cidadão/BI* _____

Telefone _____ Telemóvel* _____ Fax _____

E-mail* _____ NIF* _____

Habilitações*

Ensino Secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento Outro Profissão _____

2. Periodicidade de pagamento

Inscriva o valor da Quota com que pretende contribuir na coluna da periodicidade da sua preferência. Caso não seja indicado qualquer valor, considera-se o valor da Quota Mínima Estatutária.

Periodicidade Pagamento	Mensal	Trimestral	Semanal	Anual
Quota	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____

3. Forma de pagamento (assinale a opção pretendida)

Na Delegação Transferência Bancária (contactar diretamente a Delegação Local)

Débito direto* (preencher automatização abaixo)
*opção disponível só para pagamentos de quotas anuais

Envio de cheque nº _____

4. Assinatura

O membro autoriza expressamente a CVP, ou entidade delegada, a proceder ao tratamento informático dos dados fornecidos e à respetiva utilização no âmbito da prestação dos serviços da CVP, bem como o seu cruzamento para fins estatísticos. O membro tem direito a aceder aos seus elementos, constantes na Base de Dados da CVP, e a exigir a sua atualização ou retificação.

Assinatura do Membro _____ . Data ____ / ____ / ____



Autorização Débito em Conta
Débitos Diretos

Entidade _____

Número da Autorização _____
(dados a comunicar posteriormente)

O TALÃO EMITIDO PELO CAIXA AUTOMÁTICO FAZ PROVA DA ATIVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO.
CONSERVE-O
NA REDE **MULTIBANCO** PODERÁ DEFINIR:
- A DATA DE EXPIRAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO.
- MONTANTE MÁXIMO DE DÉBITO AUTORIZADO.

Zona Livre para a Entidade

(a preencher caso entregue este documento no seu banco ou na entidade)

Autorização Débito em Conta para Débitos Diretos

Nome _____

Por débito da minha conta abaixo indicada do banco _____ queiram proceder ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas pela Cruz Vermelha Portuguesa. Declaro que fui informado do dever de, após abertura, conferir através de procedimento eletrónico os elementos que compõem esta ADC.

IBAN/NIB PT50 _____

Assinatura(s) conforme documento de identificação do titular da conta _____

Para mais informações contactar o Call Center da CVP
213 913 954 / www.cruzvermelha.pt