



LIGA DOS AMIGOS DO HOSPITAL DE PULIDO VALENTE

Proposta de Sócio N.º

Nome _____

Profissão _____ Data Nasc. ____/____/____

Residência _____

Código Postal _____ - _____

Telefone _____ Fax _____

Jóia € 2,50 Quota Anual € 15,00

Pagamento: na Secretaria da Liga entre as 9 e as 12 horas dos dias úteis

por cheque

Assinatura _____

Data de Inscrição

____/____/____

Aprovada em Reunião de Direcção de

____/____/____

Pela Direcção da Liga

Nota:

Qualquer excesso à quota é considerado donativo e como tal, dedutível no IRS e IRC