

Sócio Nº:   
(a preencher pela ADAH)

### FICHA DE INSCRIÇÃO DE SÓCIO

Nome:  (\*)

Morada:  (\*)

Localidade:  (\*)

Código Postal:  (\*)

Telefone:

Telemóvel:  (\*)

E-mail:  (\*)

Fax:

Data nascimento:

Doente: Sim  Não  (\*)

Angioedema Hereditário: Tipo I  Tipo II  Tipo III  Não sei

Familiares com Angioedema:

Médico assistente do Angioedema:

Hospital de referência/Consultório:

Quota Anual (valor mínimo 12 Euros):  Euros (\*)

Forma de pagamento Cheque:  Transferência Bancária:  (\*)

Pagamento por cheque endossado à: ADAH - Associação de Doentes com Angioedema Hereditário

Enviar por correio para :  
Rua Alberto José Pessoa, Lote D5, loja B  
Bairro Marquês de Abrantes  
1950-435 Lisboa

Pagamento através de transferência bancária (quando efectuar a transferência identifique o seu nome)

**Banco:**  
Caixa Geral de Depósitos

**Balcão:**  
Rua Dona Estefânea - Lisboa

**Nº de conta:** 0035 0292006474830  
**NIB:** 0035 0292 0000 6474 8306 5

(\*) Campos obrigatórios

Assinatura: -----

Data:

**Nota:**

A sua inscrição como sócio será considerada activa com o pagamento da quota anual.  
Ser-lhe-á enviado via email ou para a morada que indicou o recibo bem como a indicação do número de sócio.

