



N.º Sócio: _____
Data: ____/____/____

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Cód. Postal: _____ - _____

E-mail: _____

Profissão: _____

Contacto: _____ Contacto Trabalho: _____

Área(s) de interesse:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastronomia | <input type="checkbox"/> Educação |
| <input type="checkbox"/> Saúde | <input type="checkbox"/> Comunicação |
| <input type="checkbox"/> Desporto e Lazer | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Teatro | |

Quota

Valor: _____ €

Observações: _____

Meio de Pagamento:

- Numerário**
- Transferência Bancária**
- NIB: _____

Declaração

Aceito ser sócio/a da *Cooperação Artística, Desportiva, Educativa e Social – CADES* e comprometo-me a cumprir o Regulamento Interno da associação.

O Proposto

A Direcção
