



# LIGA DOS AMIGOS DO CENTRO HOSPITALAR DE GAIA

Proposta Nº

**NOME:**

**ESTADO CIVIL:**

**PROFISSÃO:**

**DATA DE NASCIMENTO :**    /    /                      **NIF**

**MORADA:**

**LOCALIDADE:**    **CÓD. POSTAL:**        -

**TELEMÓVEL:**    **MAIL:**

**QUOTA ANUAL – € 12.00**

**PAGAMENTO**

**DESCONTO NO VENCIMENTO € 1.00/MÊS  
FUNCIONÁRIOS DO CHVNG/E    Nº MEC.**

**SECRETARIA DA LIGA**

**TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA**

**IBAN: PT 5000 350 725 000 151 298 302 9**

**CHEQUE**

**ASSINATURA:**

---

**PROPOSTO POR :**

**DATA DE INSCRIÇÃO:**

**DIREÇÃO DA LIGA**

/ /

---

\* Usando a opção Transferência Bancária pedimos que nos envie o comprovativo por email

\* Contactos: [lachgaia@gmail.com](mailto:lachgaia@gmail.com)

227 829 502

914 717 690

**Autorizo o envio de informação para o endereço electrónico**