

UNIÃO DE RESISTENTES
ANTIFASCISTAS PORTUGUESES



50 anos de Abril

SÓCIO nº

QUOTIZAÇÃO MENSAL

LOCAL DE COBRANÇA

 €

NOME

MORADA

CÓDIGO POSTAL

DATA DE NASCIMENTO

 / /

TELEFONE

TELEMÓVEL

E-MAIL

PROFISSÃO

LOCAL DE TRABALHO

SÓCIO PROPONENTE

O PROPOSTO (assinatura)

APROVADO POR

DATA DA EMISSÃO ____/____/____