

NOME COMPLETO: _____

Nº BI ou C.C.: _____ **Nº CONTRIBUINTE:** _____

Nº CONTACTO: _____ **E-MAIL:** _____

PROFISSÃO: _____ **SURDO:** **OUVINTE:**

PAGAMENTO:

SURDO 20 €:

OUVINTE 25 €:

TRANSFERENCIA BANCÁRIA:

Nº NIB DA APS: 0036 0041 99100361470 6

NUMERÁRIO:

VALE POSTAL:

CHEQUE:

Ficha de Inscrição:

Queira enviar-nos esta ficha por Fax para 21 315 32 44 ou pelo correio para Avenida da Liberdade, nº 157 – 2º andar, 1250 – 141 Lisboa

Nota: Se fizer o pagamento por transferência bancária, deve trazer comprovativo, por enviar o mail ou fax ou pelo correio, com o respectivo nome