



Associado Nº

GEAL - GRUPO DE ETNOLOGIA E ARQUEOLOGIA DA LOURINHÃ

PROPOSTA DE ASSOCIADO MEMBERSHIP PROPOSAL

POR FAVOR PREENCHA EM MAIÚSCULAS
PLEASE USE CAPITAL LETTERS

OS CAMPOS ASSINALADOS COM * SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO
FIELDS MARKED WITH A * ARE MANDATORY

***Nome:** _____
NAME

***Morada (Rua, Nº, Apartamento):** _____
ADDRESS (STREET, NUMBER, APARTMENT)

***Localidade:** _____ ***Nascimento (Dia/Mês/Ano):** ____/____/____
VILLAGE OR CITY BIRTH DATE (DAY / MONTH / YEAR)

***Código Postal:** _____ ***Nacionalidade:** _____
ZIP CODE NATIONALITY

***País:** _____ ***Nº de Identificação Fiscal:** _____
COUNTRY FOR PORTUGUESE NATIONALS ONLY

Telemóvel: _____ **Telefone:** _____
MOBILE PHONE TELEPHONE

Endereço eletrónico pessoal (e-mail): _____
E-MAIL ADDRESS - RECOMMENDED

Associados jovens (menores de 18 anos) YOUNG MEMBERS - UNDER 18 YEARS

***Nome de quem exerce o poder parental ou de tutela**
NAME OF PERSON WITH PARENTAL POWER OR TUTOR

Quota voluntária _____ €
VOLUNTARY ANNUAL FEE

***Lourinhã, _____ de _____ de 20__**

***Assinatura de quem exerce o poder parental ou de tutela:** _____

SIGNED

Associados ordinários (maiores de 18 anos) REGULAR MEMBERS - 18 YEARS OR OLDER

Profissão: _____
PROFESSION

Instituição: _____
EMPLOYER

Quota mínima anual = 12 €
MINIMUM ANNUAL FEE

Quota voluntária _____ €
VOLUNTARY ANNUAL FEE

***Lourinhã, _____ de _____ de 20__**

***Assinatura:** _____

SIGNED

Comprometo-me a respeitar os Estatutos do GEAL
(disponíveis em www.museulourinha.org)
I HEREBY DECLARE I WILL ABIDE BY THE BYLAWS OF GEAL

A PREENCHER PELO GEAL

Aceite em reunião da Direção de ____ / ____ / 20__

Assinatura

RECEBIDO

Nome: _____

Data: ____ / ____ / 20__

ASSINATURA