



Por uma Habitação Digna

ASSOCIAÇÃO DOS INQUILINOS LISBONENSES

PREENCHER COM LETRAS MAIÚSCULAS

Dados do Cooperador

Nome _____

Morada a representar _____

Distrito _____ Concelho _____ Localidade _____

Freguesia _____ Código Postal _____ - ____ / _____

Telefone _____ Telemóvel _____ E-mail _____

CC nº _____ Válido ____ / ____ / ____ ou BI nº _____ Emitido ____ / ____ / ____

Data nascimento ____ / ____ / ____ Estado Civil _____ NIF nº _____

Tipo de Cooperador

Inquilino Hóspede Sublocatário Condómino Condomínio

Pagamento de quotas

Morada a representar _____

Outra morada _____

Localidade _____ Código Postal _____ - ____ / _____

Envio de correspondência

Morada a representar _____

Outra morada _____

Localidade _____ Código Postal _____ - ____ / _____

Estes dados destinam-se a tratamento automatizado, nos termos e para os efeitos do disposto na lei 10/91

Data ____ / ____ / ____

Assinatura _____

AIL

ASSOCIAÇÃO DOS INQUILINOS LISBONENSES

AV. Almirante Reis, 12 * 1169-199 Lisboa
Telef. 218854280

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRECTO

Referência _____
A preencher pela AIL

Por débito da minha conta abaixo indicada queiram proceder ao pagamento das Importâncias que lhe forem apresentadas pela Associação dos Inquilinos Lisbonenses:

IBAN: **P T 5 0** _____

Nome _____

Modo de pagamento **Anual**

Assinatura (s) conforme BI \ CC

Data _____
Ano Mês Dia