



U.D.P. - ASSOCIAÇÃO POLÍTICA

FICHA DE RECENSEAMENTO

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Freguesia: _____ Concelho: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-Mail: _____

Actividade Profissional: _____

Local de Actividade: _____ Nº. Contribuinte: _____

Orgãos a que pertence: _____

Quota Mensal: _____ Euros Data ____ / ____ / ____

Assinatura Sec. C. Regional

Assinatura

Autorizo o processamento automático destes dados pela Associação Política U.D.P. para contactos e actividades.
Nos termos da Lei não serão cedidos a terceiros e poderei aceder a eles para conhecimento, rectificação ou anulação.