



SEGURANÇA SOCIAL

REGISTO DAS ASSOCIAÇÕES MUTUALISTAS

Lista Nominativa dos Órgãos Associativos Eleitos ⁽¹⁾

Associado N.º _____	N.º de identificação de Segurança Social _____
Nome completo _____	
Morada _____	Localidade _____
Código postal _____	E-mail _____
Telemóvel/Telefone _____	Órgão _____ Cargo _____
_____/_____/_____ ano mês dia	_____ (Assinatura)

Associado N.º _____	N.º de identificação de Segurança Social _____
Nome completo _____	
Morada _____	Localidade _____
Código postal _____	E-mail _____
Telemóvel/Telefone _____	Órgão _____ Cargo _____
_____/_____/_____ ano mês dia	_____ (Assinatura)

Associado N.º _____	N.º de identificação de Segurança Social _____
Nome completo _____	
Morada _____	Localidade _____
Código postal _____	E-mail _____
Telemóvel/Telefone _____	Órgão _____ Cargo _____
_____/_____/_____ ano mês dia	_____ (Assinatura)

Associado N.º _____	N.º de identificação de Segurança Social _____
Nome completo _____	
Morada _____	Localidade _____
Código postal _____	E-mail _____
Telemóvel/Telefone _____	Órgão _____ Cargo _____
_____/_____/_____ ano mês dia	_____ (Assinatura)

⁽¹⁾ Este formulário deverá ser replicado as vezes necessárias, de forma a constarem todos os associados que integrem o processo de constituição de uma associação mutualista.

Associado N.º _____ N.º de identificação de Segurança Social _____
Nome completo _____
Morada _____ Localidade _____
Código postal _____ E-mail _____
Telemóvel/Telefone _____ Órgão _____ Cargo _____
_____/_____/_____
ano mês dia _____
(Assinatura)

Associado N.º _____ N.º de identificação de Segurança Social _____
Nome completo _____
Morada _____ Localidade _____
Código postal _____ E-mail _____
Telemóvel/Telefone _____ Órgão _____ Cargo _____
_____/_____/_____
ano mês dia _____
(Assinatura)

Associado N.º _____ N.º de identificação de Segurança Social _____
Nome completo _____
Morada _____ Localidade _____
Código postal _____ E-mail _____
Telemóvel/Telefone _____ Órgão _____ Cargo _____
_____/_____/_____
ano mês dia _____
(Assinatura)

Associado N.º _____ N.º de identificação de Segurança Social _____
Nome completo _____
Morada _____ Localidade _____
Código postal _____ E-mail _____
Telemóvel/Telefone _____ Órgão _____ Cargo _____
_____/_____/_____
ano mês dia _____
(Assinatura)

Associado N.º _____ N.º de identificação de Segurança Social _____
Nome completo _____
Morada _____ Localidade _____
Código postal _____ E-mail _____
Telemóvel/Telefone _____ Órgão _____ Cargo _____
_____/_____/_____
ano mês dia _____
(Assinatura)