

<input type="checkbox"/>	REPRESENTAÇÃO
<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO DE REPRESENTAÇÃO
<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO DE MORADA E/OU CONTACTOS
<input type="checkbox"/>	TITULAR CERTIFICADO CAPACIDADE PROFISSIONAL

N.º ENTIDADE

N.º ASSOCIADO

NOME: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ CONCELHO: _____

TELEFONE: _____ FAX: _____

E-MAIL : _____

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL:

ALVARÁ / LICENÇA COMUNITÁRIA N.º _____ DATA ____/____/____

CAPITAL SOCIAL _____ EUROS

TIPO(S) DE TRANSPORTE(S) A QUE SE DEDICA (Ex: Carga Geral, Internacional, Produtos ADR, Mudanças, Etc.)

_____ ; _____ ; _____ ;

_____ ; _____ ; _____ ;

DESIGNA COMO SEU REPRESENTANTE PERANTE A ANTRAM, O(A) SR(A):

NIF: _____ **NOME:** _____

TITULAR DO CERTIFICADO DE CAPACIDADE PROFISSIONAL, O(A) SR(A):

NIF: _____ **NOME:** _____

PAGAMENTO DE QUOTAS (assinale apenas uma opção)

DÉBITO DIRETO (preencher impresso próprio)

REFERENCIAS MB

_____, ____ de _____ de _____

OS DADOS PESSOAIS DESTINAM-SE AO TRATAMENTO INFORMÁTICO, PARA UTILIZAÇÃO NO ÂMBITO DAS ATIVIDADES DA ANTRAM. OS TITULARES DOS DADOS PODEM ACEDER, ALTERAR OU RETIFICAR OS DADOS QUE LHES RESPEITEM. PARA TAL, DEVEM FAZÊ-LO, NA SEDE DA ASSOCIAÇÃO OU ATRAVÉS DE CORREIO OU EMAIL.