|  |  |
| --- | --- |
| N.º ASSOCIADO | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME: |   |

|  |  |
| --- | --- |
| MORADA: |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CÓDIGO POSTAL: |  -  |   |   | CONCELHO: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TELEFONE: |   |  | EMAIL: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NUMERO IDENTIFICAÇÃO FISCAL: |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ALVARÁ / LICENÇA COMUNITÁRIA N.º | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | DATA  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CAPITAL SOCIAL |   | EUROS |

|  |
| --- |
| ***DECLARA QUE O TITULAR DO CERTIFICADO DE CAPACIDADE PROFISSIONAL, É O(A) SENHOR(A):******NIF: NOME:*** |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(Assinatura e carimbo)

|  |
| --- |
| **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 DE EMAIL.** |