



# BOLETIM DE INSCRIÇÃO

Associado de Parceria N.º \_\_\_\_\_

Pessoa Singular/Coletiva: \_\_\_\_\_

Domicílio ou sede: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Concelho: \_\_\_\_\_ Freguesia: \_\_\_\_\_

Endereço Eletrónico: \_\_\_\_\_

Telefone : \_\_\_\_\_ Telm: \_\_\_\_\_

Nº de Contribuinte Fiscal: \_\_\_\_\_

Produtos Comercializados ou Serviços prestados:

---

---

---

**Donativo de Adesão: Mínimo 50 €**  
**Quotização: Anual - 325 €**

Transferência Bancária para o IBAN da ACIP - PT50.0035.0255.0019.9457.43036

Nos termos dos Estatutos da ACIP, solicito (solicitamos) a minha (nossa) inscrição como Associado de Parceria.

Informamos que o nosso representante junto da ACIP será o/a Sr./Sr.ª

---

Cargo na Empresa \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_

Assinatura do legal representante

---

Visto e aceite pelo Conselho Diretivo

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

AUTORIZO O TRATAMENTO DOS MEUS DADOS PESSOAIS