

Preenchimento com letra legível

Nome do Estabelecimento _____

Tipo de Estabelecimento: _____

CAE: _____ NIF: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ / _____ Localidade: _____

Telefone do (a) Responsável: _____

Pretende aderir 100% ou 50%

E-mail: _____

Site / Facebook: _____

OBSERVAÇÕES: _____

Declaro que tomei conhecimento e fui informado sobre o Regulamento do Programa, estando de acordo com as condições propostas.

Declaro que autorizo o Município do Entroncamento a divulgar o meu Estabelecimento como aderente nesta campanha no âmbito do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados Pessoais (RGPD) em

Município do Entroncamento – Unidade de Desenvolvimento Social

Rua da Junta de Freguesia, n.º 1 , 2.º andar

E-mail: ssociais@cm-entroncamento.pt

Contacto: 249720400

Nome: _____

Assinatura: _____

Data da Inscrição: ____ / ____ / ____



NOTA: Caso a assinatura não seja do proprietário e/ou gerente do estabelecimento, a autorização de adesão deverá ser formalizada através de e-mail, endereçado ao Município, pelo proprietário.