

A preencher pelos serviços



N.º Registo: 58

Data: 24 / 03 / 2023

Anexo II

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome / Designação AAHSM

Associação dos Amigos do Hospital Santa Ifigênia

NPC/NIF

503771988

BI/CC\*

N.º Registo  
BDAA

\*A preencher por pessoas singulares

Morada

Código Postal

Localidade

Telefone

Telemóvel

Fax

E-mail

Contacto Preferencial / Função

II. APOIO

Área de apoio do pedido

Social

Cultural

Desportiva

Recreativa

Outra

Tipo(s) de apoio a que se refere o pedido

Apoio financeiro à atividade com vista à continuidade ou incremento de projetos

Apoio financeiro para obras de construção, conservação ou beneficiação de instalações

Apoio financeiro na aquisição de equipamentos sociais, desportivos, culturais, recreativos ou outros

Apoio não financeiro: pedido de cedência de autocarro

dia 6 de maio 2023

Anexo II - (CONTINUAÇÃO)  
FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

III. DOCUMENTOS EM ANEXO

- Descrição dos projetos ou atividades, objetivos a atingir, meios humanos e identificação das fontes de apoio financeiro, patrimonial e logístico
- Orçamento discriminado
- Cronograma financeiro
- Cronograma de execução física
- Descrição da experiência similar em projetos idênticos
- Relatório de atividades e contas referentes ao último exercício económico e respetiva ata de aprovação
- Indicação dos apoios recebidos no âmbito do objeto do pedido e respetivas datas
- Declaração sob compromisso de honra quanto à não condenação nos tribunais por factos relativos à prossecução dos seus objetivos
- Declaração sob compromisso de honra que o apoio solicitado se destina, exclusivamente aos projetos ou atividades objeto do pedido de apoio
- Outros

Outros documentos em anexo:

IV. DADOS BANCÁRIOS

Número de Identificação Bancária

Instituição Bancária

Balcão

Confirmação da Instituição Bancária

(Data, carimbo e assinatura)

O REQUERENTE

Representantes Legais

Nome: <i>Associação do Guifardade</i>	Função: <i>Presidente</i>	BI/CC n.º: [REDACTED]
Nome: <i>José Filipe Casarite</i>	Função: <i>Vice-Presidente</i>	BI/CC n.º: [REDACTED]
Nome: <i>Associação Helder Valério</i>	Função: <i>Secretário</i>	BI/CC n.º: [REDACTED]

Pessoas Singulares

Data  <i>03/3/2023</i>	Assinatura e carimbo   <i>José Filipe Casarite</i> (Secretário)
------------------------------	---

AAHSM  
ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS  
DO HOSPITAL DE SANTAMARÍA  
1649-035 Lisboa  
Tel/Fax: 217805630