

A preencher pelos serviços



N.º Registo:

Anexo I

Data: / /

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO NA BASE DE DADOS PARA ATRIBUIÇÃO DE APOIOS (BDA)

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome / Designação

CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA

NPC/NIF

508 338 476

BI/CC*

*A preencher por pessoas singulares

Morada

AVENIDA DO BRASIL Nº 53

Código Postal

1749 - 002

Localidade

LISBOA

Telefone

217917000

Telemóvel

936202872

Fax

E-mail

PRODUCO.GTT@GMAIL.COM

Contacto Preferencial / Função

JOANA FREITAS - PRODUÇÃO

Hora Preferencial de Contacto

Área de Atividade

Social

Cultural

Desportiva

Recreativa

Outra

Descrição das Atividades:

SEGUE EM ANEXO

II. CONSTITUIÇÃO DA ENTIDADE / IDENTIFICAÇÃO DO(S) REPRESENTANTE(S)*

CONSTITUIÇÃO DA ENTIDADE

Data da aprovação dos estatutos: 01 / OUT / 2007

Data da publicação: 6 / MAI / 2014

Diário da República: Série: 2 Número: 86

*A preencher apenas por entidades e organismos legalmente constituídos

IDENTIFICAÇÃO DO(S) REPRESENTANTE(S)

Nome / Designação

Presidente da Direção:

TERESA MARIA DA SILVA SUSTELO

N.º telefónico para contacto:

217917000

Anexo I - (CONTINUAÇÃO)

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO NA BASE DE DADOS PARA ATRIBUIÇÃO DE APOIOS (BDAA)

III. DOCUMENTOS EM ANEXO

Fotocópia do Número de Identificação Fiscal

Fotocópia da publicação em DR dos estatutos

Fotocópia do regulamento interno

Outros (indique quais abaixo)

Fotocópia da ata referente à eleição dos órgãos sociais

Certidões de não dívida ao Estado

Certidões de não dívida à Segurança Social

Declaração com indicação do n.º de associados

Outros documentos em anexo:

O REQUERENTE

Representantes Legais

Nome: TERESA SUSTELO	Função: PRESIDENTE	BI/CC n.º: 07134834
Nome: M ^ª FERNANDA SILVA	Função: VOGAL EXECUTIVA	BI/CC n.º: 06568793
Nome: TERESA MOTA	Função: DIRETORA CLÍNICA	BI/CC n.º: 06267868

Data

Assinatura e carimbo

Fernanda Santos

Fernanda Santos
Vogal Executiva
Conselho Diretivo
CHPL