

A preencher pelos serviços



N.º Registo:

Anexo II

Data: / /

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome / Designação

NÚCLEO CICLOTURISTA DE ALVALADE - LISBOA ASSOCIAÇÃO DESPORTIVA E CULTURAL

NIF

506004317

BI/CC*

N.º Registo
BDAA

510902

*A preencher por pessoas singulares

Morada

Complexo Desportivo Municipal São João Batista Av. Brasil

Código Postal

1700-067

Localidade

Lisboa

Telefone

—

Telemóvel

961068068

Fax

—

E-mail

mea.alvalade@gmail.com

Contacto Preferencial / Função

961068068

TESOUREIRO

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: _____

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:

Decl. Segurança Social, Decl. Financeiras, Plano Atividades

IV. DADOS BANCÁRIOS

Número de Identificação Bancária

Instituição Bancária

CAIXA GERAL DEPOSITOS

Balcão

GRACA - LX

Confirmação da Instituição Bancária

(Certificado IBA em anexo)

(Data, carimbo e assinatura)

O REQUERENTE

Representantes Legais

Nome: JOAO PEDRO GONCALVES PEREIRA

Função: Presidente

BI/CC n.º

Nome: PAULO SOUSA VARELA

Função: Tesoureiro

BI/CC n.º

Nome: HELENA MARIA MARTINS ROVANGIL

Função: Secretária

BI/CC n.º

Pessoas Singulares

Data

25/9/2024

Assinatura e carimbo

