



## Ficha de Adesão de Associado

TIPO DE ASSOCIADO

Clube	<input type="checkbox"/>	Empresa Aderente	<input type="checkbox"/>	Particular	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------------	--------------------------	------------	--------------------------

Sociedade / Nome				
Morada				
Código Postal		-	Localidade	
Concelho			Distrito	

Telefone		Fax	
E-mail			
Site	www.		
Pessoa de contacto		Função	

Nº Contribuinte	
C. A. E.	(Código de Actividade Económica)
Nº clubes	(Introduzir dados referente ao clube no verso)

### REGIME DE QUOTIZAÇÃO

Mensal: €25,00	<input type="checkbox"/>	Apenas disponível mediante Débito em conta para: 0010 0000 37349280001 90
Semestral: €125,00	<input type="checkbox"/>	Envio de cheque à ordem de AGAP ou Transferência bancária para: 0010 0000 37349280001 90
Anual: €200,00	<input type="checkbox"/>	
Franchising: €100	<input type="checkbox"/>	Após entrada do franchisador Apenas em quota anual Envio de cheque à ordem de AGAP ou Transferência bancária para: 0010 0000 37349280001 90
Filiado: €50	<input type="checkbox"/>	A partir do 2º clube Apenas em quota anual Envio de cheque à ordem de AGAP ou Transferência bancária para: 0010 0000 37349280001 90
	<input type="checkbox"/>	

Se efectuar os pagamentos por transferência bancária, por favor indique:

Titular da Conta	
NIB	

- O Associado declara ter tomado conhecimento dos Estatutos e que o período mínimo de quotização na AGAP é de 12 meses. A partir deste período a quota será automaticamente renovada por períodos iguais, salvo indicação expressa por parte do Associado, com 30 dias de antecedência em relação ao termo do período.
- Os dados do clube fornecidos são para exclusivo conhecimento da AGAP.

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e Carimbo)



## Dados do clube

(Uma por cada clube)

Particular	<input type="checkbox"/>	Franchising	<input type="checkbox"/>	Filiado	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------	--------------------------

Nome do clube			
Morada			
Código Postal	-	Localidade	
Concelho		Distrito	

Telefone		Fax	
E-mail			
Site	www.		
Pessoa de contacto		Função	

### Outros dados

Área interior	
Área Exterior	
Nº Médio de Clientes	
Nº Trabalhadores	
N.º Prestadores de Serviços	

O Director Técnico deste clube encontra-se inscrito no Instituto de Desporto de Portugal?

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Aguardo resposta	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------	------------------	--------------------------

Este clube possui Seguro de Acidentes Pessoais para os seus utentes, de acordo com o DL 385/99 – art.º 13.

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Pretende subscrever o Seguro de Acidentes Pessoais proporcionado pelo protocolo AGAP / CDP / TRANQUILIDADE

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

A PREENCHER PELA ((AGAP

N.º Associado/Cartão		Observações	
Data Admissão	__ / __ / __	A Direcção	