



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE AVALIAÇÕES DE ENGENHARIA
RUA ANTÓNIO PATRÍCIO, 26 - R/C 1700-049 LISBOA
TELEFONE: 21 792 8620 / 1 / 2 / 3 FAX: 21 797 4115

Membro Colectivo n.º.....

FICHA DE INSCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

EMPRESA / ORGANISMO.....			
ENDEREÇO:.....			
LOCALIDADE:.....	C. POSTAL:.....		
TELEFONE:.....	FAX:.....		
N.º CONTRIBUINTE FISCAL:.....			
ASSOCIAÇÕES PROFISSIONAIS:.....			
CONTACTOS: NOME.....			
TELEF. 1:.....	TELEF. 2 :.....	TELEM:.....	FAX:.....
NOME.....			
TELEF. 1:.....	TELEF. 2 :.....	TELEM:.....	FAX:.....

INFORMAÇÃO PROFISSIONAL

Indique as três zonas preferenciais onde exerce a actividade					
Zona Norte Litoral	<input type="checkbox"/>	Zona Centro Interior	<input type="checkbox"/>	Algarve	<input type="checkbox"/>
Zona Norte Interior	<input type="checkbox"/>	Área Metropolitana de Lisboa	<input type="checkbox"/>	Açores	<input type="checkbox"/>
Área Metropolitana do Porto	<input type="checkbox"/>	Alentejo	<input type="checkbox"/>	Madeira	<input type="checkbox"/>
Zona Centro Litoral	<input type="checkbox"/>				
Indique as áreas de actividade em que se sente vocacionado para o exercício da profissão:					
Avaliação Rústica	<input type="checkbox"/>	Equipamentos Industriais	<input type="checkbox"/>		
Avaliação Urbana	<input type="checkbox"/>	Avaliação de Empresas	<input type="checkbox"/>		
Autoriza a divulgação pela APAE dos dados constantes da presente Ficha de Inscrição a terceiros que pretendam avaliações e as solicitem a esta Associação ?					
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		

Declara desejar adquirir a qualidade de Membro Colectivo da APAE, conforme Estatutos de que tomou conhecimento.
_____, de _____ de 20
(Assinaturas) _____

DESPACHO DA DIRECÇÃO

Admitido na Reunião de Direcção de...../...../.....
A Direcção,
.....