



# Associação dos Industriais Hoteleiros e Similares do Algarve

Contribuinte N.º 500 985 537

SEDE: RUA DR. JOÃO LÚCIO, 4 - 8000-329 FARO

APARTADO 160 - 8001-902 FARO

ALGARVE - PORTUGAL

TELS. 289 825 619 / 289 825 248 - FAX : 289 801 823

e-mail: aihsa@mail.telepac.pt

## BOLETIM DE INSCRIÇÃO

A preencher pelos serviços

SÓCIO N.º

Data da Inscrição

FIRMA (Proprietária)		
SEDE	TELEFONE	
LOCAL	N.º CONTRIBUINTE	
DESIGNAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
MORADA	TELEFONE	FAX
LOCAL	EMAIL	

### EXPLORAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

POR CONTA PRÓPRIA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	CLASSIFICAÇÃO _____
CEDIDO A FIRMA			
ENDEREÇO			
N.º CONTRIBUINTE	TELEFONE	FAX	
NOME DO RESPONSÁVEL (Administrador/Director/Gerente)			
DATA DE ENTRADA EM FUNCIONAMENTO			
CAPACIDADE DE ALOJAMENTO (NUMERO DE QUARTOS)	QUARTOS	_____	
	APARTAMENTOS (QUARTOS)	_____	
	MORADIAS (QUARTOS)	_____	
	OUTROS	_____	
TOTAL			
CAPACIDADE (LUGARES SENTADOS)	MESAS	_____	
	BANCOS	_____	
	ESPLANADAS	_____	
TOTAL			
NUMERO MÉDIO DE TRABALHADORES À DATA DE PREENCHIMENTO DESTE BOLETIM			
FORMA DE COBRANÇA PROPOSTA POR V. EXA.			
Marcar com uma cruz no respectivo quadrado a modalidade que lhe interessar			
TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA <input type="checkbox"/>			
SEMESTRAL (Adiantado) <input type="checkbox"/>			
ANUAL (Adiantado) <input type="checkbox"/>			

Assinatura do Responsável

(Carimbo se houver)



## Associação dos Industriais Hoteleiros e Similares do Algarve

SEDE: RUA Dr. JOÃO LÚCIO,4 • 8000-329 FARO  
APARTADO 160 • 8001-902 FARO  
TELEFOS. 289 825248 / 282 825 619 • FAX. 289 801 823

Periodicidade	Trimestral	Semestral	Anual
Montante			
1º Vencimento (mês de início da transferência)			

### A PREENCHER PELO ASSOCIADO

#### Nome do Estabelecimento –

Ordenante/Conta a Debitar

<b>Nome:</b>			
Endereço:			
Cód.Postal:			
Localidade:			
<b>BANCO:</b>			
Endereço:			
Cód.Postal		Nº. de Associado	
Localidade			
Nº. Conta:			
<b>NIB:</b>			

Exma. Entidade Bancária,

Serve o presente para autorizar V. Exas a:

- Creditar na conta da AIHSA com a periodicidade indicada por débito da nossa conta D.O.acima identificada;
- Os valores anuais de quotização serão corrigidos de acordo com a decisão da Assembleia-geral, ficando o respectivo Banco autorizado a indexar os valores acordados na presente Ordem de Transferência por mera comunicação escrita da AIHSA.

Faro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

(Assinatura/s autorizada/s a movimentar a conta)

Exmos. Senhores,

Na sequência do contrato celebrado com o V/ cliente acima identificado, solicitamos a que se dignem processar, nas condições explicitadas, as transferências periódicas constantes do plano de quotização, que o mesmo expressamente autoriza.

**Nota: O Banco ordenante fica obrigado em cada débito a mencionar o nº. de associado.**

Com os melhores cumprimentos, subscrevemo-nos,

AIHSA – O Tesoureiro

Beneficiário/Conta a Creditar

Banco:	BPI	Balcão FARO-5 de Outubro
Cód.P./Localidade	8000-077 FARO	
Nº. Conta:	3-0107599-000-001	
IB:	0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 0 7 5 9 9 0 0 0 1 8 0	