



FICHA DE ADESÃO EMPRESARIAL

Dados da Empresa

Designação social: _____
C.A.E.: _____ Atividade principal: _____
NIPC: _____ NISS: _____
Morada: _____
N.º ____ Andar: ____ Código-Postal: ____ - ____ Localidade: _____
Freguesia: _____ Concelho: _____ Distrito: _____
Contacto Geral: _____ Email Geral: _____

Pessoa responsável pelos serviços de Formação Profissional:

Nome: _____
Função: _____ Contato Direto: _____
Email(s): _____

Informação sobre formação*

Nº Total de colaboradores: ____ (Avença ____ / Avulso ____)

Para os colaboradores não contemplados na avença, escolha de seguida o nº de horas por colaborador e a modalidade de pagamento:

| PACOTES DE FORMAÇÃO ¹ (por colaborador) | VALOR ² (por colaborador) | OPÇÃO |
|--|---|-------|
| 4 horas (1 curso) | 40€ | |
| 8 horas (2 cursos) | 72€ | |
| 12 horas (3 cursos) | 96€ | |
| 16 horas (4 cursos) | 120€ | |
| Manual + Certificado (por curso/colaborador) | 5€ | |

| | | |
|---|---|-----------------|
| 1 | 100% Adjudicação | |
| 2 | 50% Adjudicação + 50% no dia da formação³ | |
| 3 | 30% Adjudicação³ + Mensalidades | 3 meses |
| | | 6 meses |
| | | 10 meses |

³ As modalidades de pagamento 2 e 3 só são válidas na compra de 8 ou mais horas por colaborador.

¹ A formação decorrerá nas instalações da **Clínica Dr. Avelar**.

² A todos os valores acresce IVA à taxa em vigor.

Nome Completo dos colaboradores

1. _____ 7. _____
2. _____ 8. _____
3. _____ 9. _____
4. _____ 10. _____
5. _____ 11. _____
6. _____ 12. _____

* O pagamento deve ser feito por transferência bancária para PT50 0018 0008 0245 2539 0204 4

** Deverá enviar o comprovativo de pagamento para **formacao@clinicadavelar.pt**

Data: ____/____/____

(Assinatura do Responsável)