

DATA DE INSCRIÇÃO

Nº LEITOR

(A preencher pelos nossos serviços)

O FUNCIONÁRIO

NOME INSTITUIÇÃO

MORADA

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDADE

TELEFONE / TELEMÓVEL

CONTRIBUINTE (NIF)

EMAIL

Autorizo o envio de notificações neste âmbito para o e-mail indicado.

RESPONSÁVEL

FUNÇÃO DESEMPENHADA

E-MAIL

Autorizo o envio de notificações neste âmbito para o e-mail indicado.

No ato da inscrição é necessário a apresentação do Cartão de contribuinte (NIF) da instituição. A validação desta ficha só será efetuada após o total preenchimento da mesma.

DECLARO QUE LI E ACEITO O REGULAMENTO E AS NORMAS DE FUNCIONAMENTO DA REDE DE BIBLIOTECAS DE ESPINHO, ASSUMINDO A RESPONSABILIDADE D TODAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO.

Dou o meu consentimento expresso [cfr. Art.6º. n.º 1 al. a) do RGPD] para o tratamento dos meus dados por parte do Município de Espinho, no âmbito do presente formulário. Sim Não

Assinatura