



FAME PORTEL



Fundo de Apoio às Micro-Empresas do Concelho de Portel

(a preencher pela entidade receptora)

Entidade Receptora _____	Local _____
N.º de Processo: <input type="text"/>	
Data de Entrada (dd-mm-aa): _____	
Criação de Empresa: SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Ano de Carência SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Prazo de Financiamento:	
2 Anos <input type="checkbox"/>	
3 Anos <input type="checkbox"/>	
4 Anos <input type="checkbox"/>	
5 Anos <input type="checkbox"/>	
6 Anos <input type="checkbox"/>	

Formulário de Candidatura

Denominação Social / Nome do Promotor: _____

Pessoa a Contactar:
Nome: _____
Função _____ Telefone _____ Fax _____
E-Mail _____

Os promotores, abaixo assinados, solicitam a concessão dos incentivos previstos nas normas e condições de acesso ao Fundo de Apoio às Micro-Empresas do Concelho de Portel e declaram ser verdadeiras todas as informações constantes do presente formulário.

Assinaturas _____
