



SEGURANÇA SOCIAL

DECLARAÇÃO

Nome da entidade contribuinte **RARÍSSIMAS - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DEFICIÊNCIAS MENTAIS E RARAS**

Firma/denominação **RARÍSSIMAS - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DEFICIÊNCIAS MENTAIS E RARAS**

Número de Identificação de Segurança Social **20017417285**

Número de Identificação Fiscal **506027244**

Número de Declaração **15796693**

Data de emissão **23-08-2017**

Declara-se que a entidade contribuinte acima identificada **tem a sua situação contributiva regularizada** perante a Segurança Social.

A presente declaração não constitui instrumento de quitação de dívida de contribuições e ou de juros de mora, nem prejudica ulteriores apuramentos e é válida pelo prazo de **quatromeses**, a partir da data de emissão.

Assinatura válida

Digitally signed by Instituto de Informática, I.P.

Date: 2017.09.15 16:48:23 +0100



DECLARAÇÃO EMITIDA AUTOMATICAMENTE PELO SERVIÇO SEGURANÇA SOCIAL DIRECTA