



REPÚBLICA DE ANGOLA

GOVERNO PROVINCIAL DE LUANDA
ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL DO KILAMBA KIXI

COMPROMISSO DE APADRINHAMENTO

Eu _____, em representação
da Empresa _____,
assumo apadrinhar o Projecto _____

Assinatura do Representante da Empresa

Assinatura da Administração Municipal

Aos ____/____/2023

Aos ____/____/2023

Contactos :

Contactos:



Administração Municipal do
Kilamba Kixi
Unidos para servir

Rua da Vaidade
Edifício Sede n.º 1
Distrito Urbano da Sapú
Município do Kilamba Kixi
Luanda



GOVERNO DE
ANGOLA

Município do Kilamba Kixi
municipio@kilambakixi.gov.ao