



FICHA DE ASSOCIAÇÃO

NOME COMPLETO: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

CEP: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ RG.: _____ CPF: _____

TELEFONE: _____ CEL: _____ E-MAIL: _____

ATIVIDADE PROFISSIONAL: _____ SEXO: _____

ENDEREÇO PROFISSIONAL: _____ CEP: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

Solicito minha associação a ABPL, e declaro que as informações acima estão corretas.

Estou Ciente e Concordo com a Cobrança da Contribuição Associativa no valor de R\$ 3,50 (Três Reais e cinquenta centavos) por mês.

Data: ___/___/___

Assinatura do Associado

Associação Brasileira dos Profissionais Liberais – CNPJ. 06.998.284/0001-33

Rua Prof. José Horácio Meireles Teixeira, 975 – Conj.42 – São Paulo – SP – Tel.: (11) 3501 1555 – Fax.: (11) 3771 3684

F ABPL 2018-10