

PARA USO INTERNO DA AEMFLO

Organização Parceira:	Cód.
Empresa / Usuário:	Cód.
Data de Adesão:	

EMPRESA OU BENEFICIÁRIO FILIADO À ORGANIZAÇÃO PARCEIRA:

Razão Social / Nome:	
Nome Fantasia:	
CNPJ/CPF:	
Inscrição Estadual:	
Data da Fundação /Data Nascimento:	
Registro na JUCESC:	
Endereço:	N.
Complemento:	CEP:
Cidade:	Bairro:
Fone:	Fax:
E-mail:	
Responsável:	
Home Page:	

Setor de Atividade:	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Prestação de Serviços	<input type="checkbox"/> Agrícola
Ramo de Atividade:				
Segmento de Atividade:				
N. de Funcionários:		N. de Filiais:		

Autorizo a cobrança da mensalidade por meio de boleto que será encaminhado por e-mail e correios referentes ao (s) serviço (s) contratado (s) para os titulares e seus dependentes.

ATENÇÃO: O CANCELAMENTO DE FILIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PARCEIRA, EXTINGUE O DIREITO DE USUFRUIR DOS SERVIÇOS CONTRATADOS CONTUDO, NÃO EXIME A EMPRESA/USUÁRIO DO PAGAMENTO DE TODAS AS PARCELAS E VALORES AINDA PENDENTES.

Assinatura do Responsável Legal

Carimbo da Empresa – Preferencialmente do
CNPJ da Empresa ou nº do CPF do Usuário