

AUTORIZAÇÃO DE FATURAMENTO VIA AEMFLO

A empresa _____, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____._____/_____-_____, Inscrição Estadual nº _____ com sede na rua _____, nº _____, bairro _____(SC), neste ato por seu administrador (a) sr. (a) _____, ao final assinado, nos termos do parágrafo terceiro da cláusula quinta do Contrato de de Parceria para Prestação de Serviço de Assistência Odontológica firmado com Dentalprev atualmente em vigor, autoriza que os faturamentos referentes ao Plano Ouro, sejam realizados diretamente contra a ASSOCIAÇÃO EMPRESARIAL DA REGIÃO METROPOLITANA – AEMFLO, que ficará responsável pelo pagamento à DENTIÇÃO CONVÊNIOS ODONTOLÓGICOS LTDA – DENTALPREV.

A empresa declara, inclusive, que em caso de não pagamento pela associação acima aludida, poderá a DENTALPREV cobrá-la diretamente mediante emissão de novo boleto/fatura e também no caso de desligamento da associação, aplicando-se nesta hipótese a tabela de valores vigente da dentalprev.

São José, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Legal da Empresa.
Carimbo da Empresa - Preferencialmente do CNPJ

