

## FICHA CADASTRAL DE SÓCIOS BENEFICIÁRIOS

 INCLUSÃO DE SÓCIOS

 ATUALIZAÇÃO DE DADOS

Entidade ABRACON ASSOCIACAO BRASILEIRA DOS PROFISSIONAIS DO SETOR TERCIÁRIO			Abrangência NACIONAL
<b>DADOS DO REQUERENTE</b>			
*Nome:			
*Nome da Mãe:			
*CPF	*RG	*Data de Nascimento	*Estado Civil
* Profissão/Atividade	*Endereço		*Número
Complemento	*Bairro	*Cidade / UF	*Cep
*Telefone Residencial ( )	*Telefone Celular ( )	Telefone Comercial ( )	WhatsApp
*E-mail:	Possui Dependentes? ( ) Sim ( ) Não	Cartão do Associado <b>UNICARD 200</b>	Contribuição Associativa <b>R\$ 5,00 (mensal)</b>
<b>Solicito minha Associação á ABRACON na categoria de Associado Beneficiário, estando ciente que:</b>			
<p><b>1 .</b> Os direitos dos Associados Beneficiários são LIMITADOS á utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pela <b>ABRACON</b>, e concedidos a critério da Diretoria Executiva, possuindo direitos associativos limitados a utilização dos serviços e benefícios oferecidos pela entidade e previstos em Estatuto ou resultantes de contratos ou convênios que sejam regularmente firmados pela <b>ABRACON</b>, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Assembléias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade.</p> <p><b>2.</b> O Associado pagará sua Contribuição Associativa de acordo a escolha do Cartão de Associado denominado <b>UNICARD</b>, discriminado nesta <b>Ficha Cadastral</b>, estando ciente que a contribuição associativa poderá sofrer reajuste <b>ANUAL</b>, definidos pela Diretoria Executiva.</p> <p><b>3.</b> A falta de pagamento da Contribuição Associativa implicara no cancelamento cadastral do associado junto ao quadro associativo e conseqüentemente a perda de elegibilidade para continuar ativo nos indicados benefícios e serviços oferecidos pela <b>ABRACON</b>, sendo que o cancelamento do Associado Titular implicará também na exclusão automática de seus dependentes, nada tendo que opor ou reclamar neste sentido.</p> <p><b>4.</b> Estou ciente que minha filiação somente terá validade após análise e aprovação da diretoria executiva, no qual se fará através da Emissão do Cartão de Associado, ficando impedido de usufruir de quaisquer benefícios oferecidos pela <b>ABRACON</b>, antes da referida aprovação e de minha filiação a entidade.</p>			
<p>Declaro estar ciente, que em caso da aprovação de minha filiação ao quadro associativo da entidade, ficarei responsável pela emissão gratuita do meu <b>CARTÃO DE ASSOCIADO</b>, no qual deverá ser impresso no Portal do Associado no site <a href="http://www.abraconbrasil.org.br">www.abraconbrasil.org.br</a> ou solicitação junto a secretaria através do e-mail: <a href="mailto:secretaria@abraconbrasil.org.br">secretaria@abraconbrasil.org.br</a>.</p>			
<p>Pelo presente termo, sob minha inteira responsabilidade, declaro verdadeiro todas as informações prestadas nesta <b>Ficha Cadastral</b>. Por ser a expressão da verdade e da minha vontade, firmo o presente.</p>			
_____ LOCAL E DATA		_____ ASSINATURA DO REQUERENTE	
(*) Preenchimento Obrigatório		Obs.: Ficha Cadastral com rasuras ou ilegíveis não serão aceitas.	
<p><b>WEBSITE:</b> <a href="http://www.abraconbrasil.org.br">www.abraconbrasil.org.br</a>   <b>Email:</b> <a href="mailto:secretaria@abraconbrasil.org.br">secretaria@abraconbrasil.org.br</a></p>			