

FICHA CADASTRAL DE SÓCIOS BENEFICIÁRIOS

 INCLUSÃO DE SÓCIOS

 ATUALIZAÇÃO DE DADOS

Entidade ABRACON ASSOCIACAO BRASILEIRA DOS PROFISSIONAIS DO SETOR TERCIÁRIO			Abrangência NACIONAL
DADOS DO REQUERENTE			
*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 UNICARD 200	Contribuição Associativa R\$ 5,00 (mensal)
Solicito minha Associação á ABRACON na categoria de Associado Beneficiário, estando ciente que:			
<p>1 . Os direitos dos Associados Beneficiários são LIMITADOS á utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pela ABRACON, 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 ABRACON, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Assembléias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade.</p> <p>2. O Associado pagará sua Contribuição Associativa de acordo a escolha do Cartão de Associado denominado UNICARD, discriminado nesta Ficha Cadastral, estando ciente que a contribuição associativa poderá sofrer reajuste ANUAL, definidos pela Diretoria Executiva.</p> <p>3. 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 ABRACON, 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>4. 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 ABRACON, 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 CARTÃO DE ASSOCIADO, no qual deverá ser impresso no Portal do Associado no site www.abraconbrasil.org.br ou solicitação junto a secretaria através do e-mail: secretaria@abraconbrasil.org.br.</p>			
<p>Pelo presente termo, sob minha inteira responsabilidade, declaro verdadeiro todas as informações prestadas nesta Ficha Cadastral. 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>WEBSITE: www.abraconbrasil.org.br Email: secretaria@abraconbrasil.org.br</p>			