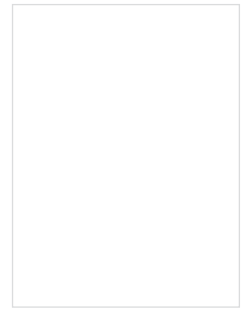


ABRALOC

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS LOJISTAS DO COMÉRCIO



FICHA DE CADASTRO

Nome			
Data Nasc.	/ /	RG	UF
Endereço		Nº	Apto
Bairro	Cidade	CEP	
E-mail			
Tel. Res.	Tel. Com	Celular	

Estou ciente quanto a filiação da taxa de R\$ 3,00 cobrada via boleto da Corpore.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura