

Pedido de Filiação ao Sindiplanos

Razão Social:

Nome Fantasia:

Capital Social (R\$):

Nº de Funcionários:

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

E-mail:

Site:

Representante Legal

Nome:

Telefone:

Cargo:

E-mail:

Instruções para o ingresso no quadro associativo do Sindiplanos

a) A presente proposta será efetivada mediante prévia aprovação da Diretoria do Sindiplanos

b) Pagamento da taxa anual no valor de R\$30,00 (trinta reais), pagos através de boleto bancário, emitido pelo Sindiplanos.

PROPONENTE:

APROVAÇÃO SINDIPLANOS:

_____, _____ de _____ de 2018

São Paulo, _____ de _____ de 2018

Representante Legal

Diretor