

Proposta Associativa

NOME COMPLETO: _____ CPF: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ TELEFONE: () _____

E-MAIL: _____ DATA NASC: __/__/__ RG: _____

Solicito a minha inclusão e dos meus dados pessoais no cadastro da AFENPROLIB – Associação Federativa Nacional dos Profissionais Liberais do Brasil inscrita no CNPJ sob nº 13.530.870/0001-14. Declaro estar ciente que a AFENPROLIB é uma entidade dos profissionais liberais sem fins lucrativos e que minha contribuição mensal visa à manutenção da entidade, bem como possibilita a utilização dos benefícios proporcionados pelos convênios celebrados pela AFENPROLIB. Sou responsável pela veracidade das declarações e informações acima prestadas e declaro que sou profissional liberal.


Estou ciente que não tenho direito a voto nem ser votado para qualquer cargo de entidade.

Concordo com a Cobrança da Contribuição Associativa no Valor de R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por mês.

Cópia do RG, CPF, comprovante de residência, contracheque ou registro CLT.

Assinatura do Associado

Rio, __/__/__



Diretoria Executiva