

FICHA DE AFILIAÇÃO DE ASSOCIADO – PESSOA JURIDICA

DADOS CADASTRAIS

Nome completo como consta no CNPJ: _____ _____	Foto do Responsável deve ser digitalizada e enviada para o e-mail da SBHOLOS.
Data de Fundação: _____	
CNPJ: _____	
Terapeuta Responsável: _____	
Área de Atuação: _____	
Endereço Comercial: Rua: Bairro: CEP: Cidade: Estado:	
Telefone Fixo comercial (DDD): Telefone celular (DDD):	
E-mail:	

Informe Abaixo quais as técnicas abordadas na sua empresa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Caso houver necessidade do envio de outra documentação a SBHOLOS informará.

É obrigatório o envio de cópia digitalizada dos seguintes documentos:

- CPF e RG do Terapeuta Responsável; Cartão do CNPJ;
- Comprovante de endereço do último mês – caso não tiver comprovante em seu nome, emitir declaração de endereço autenticada em Cartório.
- Foto 3x4 Terapeuta Responsável;
- Esta ficha de inscrição devidamente preenchida, assinada e digitalizada.
- Cópia do comprovante do depósito.

Anuidade: R\$250,00

Favorecido: SBHOLOS – Sociedade Brasileira de Holo-Sistêmica.

CNPJ: 26.555.372/0001-78

**OBS.: Somente efetuar o pagamento após aprovado o Registro. A aprovação do Registro será enviada pelo email da SBHOLOS.**

Afirmo e assino que as informações acima descritas são verdadeiras, sob responsabilidade civil e criminal, podendo ser analisadas, avaliadas e confirmadas pelos responsáveis pela SBHOLOS. Desta forma a SBHOLOS tem minha autorização para divulgar meus dados de Registro nos seus meios de comunicação.

Local/data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Visto SBHOLOS   
Solicitação aprovada.   
Solicitação negada.   
Motivo:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor

\_\_\_\_\_  
Assinatura SBHOLOS