

REQUERIMENTO

EMPRESA PARTICIPANTE ESPECIAL

EMPRESA SINDICALIZADA

EMPRESA			DATA DE ABERTURA			
ENDEREÇO				N°		
COMPLEMENTO		BAIRRO		CIDADE		UF
CEP		E-MAIL			TEL/FAX	
CNPJ		CNAE		CAP SOCIAL R\$		N° EMP
NOME DO SÓCIO RESPONSÁVEL					DATA DE NASCIMENTO	
RAMO DO COMÉRCIO			RG N°		CPF N°	
ESCRITÓRIO DE CONTABILIDADE						
CONTABILISTA RESPONSÁVEL E N° DO CRC					TELEFONE	
CNPJ OU CPF DO ESCRITÓRIO / RESPONSÁVEL				E-MAIL EMPRESA		

Observações:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1° Mensalidade: R\$ \_\_\_\_\_,00 sim  não  recebida

Declaramos sob as penas da Lei e por ela assumindo inteira responsabilidade, pelos dados aqui apresentados.

NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
SÓCIO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
PRESIDENTE DO SINCOMERCIO

