

EMPRESA

RAZÃO SOCIAL (CADASTRO NA RECEITA):

NOME FANTASIA:

CNPJ:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

INSCRIÇÃO MUNICIPAL:

RAMO:

NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS:

DATA DA FUNDAÇÃO:

ATENDIDO POR QUAL CONTABILIDADE?:

MOTIVOS DA FILIAÇÃO:

ASSOCIATIVISMO

SISTEMAS DE NOTAS FISCAIS

CONSULTAS DE CRÉDITO

MARKETING

REUNIÕES/EVENTOS/CURSOS

OUTROS (QUAIS?):

ENDEREÇO

RUA:

NÚMERO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

ESTADO:

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:

NOME COMPLETO:

CPF:

CPF:

RG:

RG:

ESTADO EMISSOR:

ESTADO EMISSOR:

DATA DE NASCIMENTO:

DATA DE NASCIMENTO:

ESTADO CIVIL:

ESTADO CIVIL:

DADOS PARA CONTATO

TELEFONE:

CELULAR:

EMAIL:

SITE:

EMAIL FINANCEIRO:

TERMO DE COMPROMISSO

Através do preenchimento desta ficha cadastral, solicito minha admissão no quadro de associados da ACINFAZ a partir desta data. Atesto a veracidade das informações prestadas acima sob pena de sanções das leis em vigor e das cláusulas previstas no Estatuto Social da ACINFAZ. Fico ciente que os serviços serão bloqueados em caso de inadimplência.

USO DA ACINFAZ

DATA DA FILIAÇÃO:

VALOR DA MENSALIDADE:

FUNCIONÁRIO DA ACINFAZ:

ASSINATURA DO ASSOCIADO