



## PROPOSTA PARA MEMBRO INSTITUCIONAL PREENCHER COM LETRA DE IMPRENSA

NOME DA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_ I.E. \_\_\_\_\_

ATIVIDADE DA INSTITUIÇÃO \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_

TELEFONE FIXO \_\_\_\_\_ TEL. CELULAR \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

POSSUI CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EXECUTADOS PELA ABHH:

- PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO ABHH/AABB  
 PROGRAMA EXTERNO DE CONTROLE DE QUALIDADE EM IMUNO-HEMATOLOGIA

**ANEXAR: CÓPIA DO CONTRATO SOCIAL DA INSTITUIÇÃO, CÓPIA DO CARTÃO DE CNPJ, CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO.**

**PAGAMENTO DA ANUIDADE: A FAVOR DA ABHH: CNPJ: 11.422.382/0002-49, BANCO SANTANDER, AGÊNCIA 0019, CONTA 13.009052-8  
VALOR DA ANUIDADE: US 1.374,00 (hum mil trezentos e setenta e quatro dólares). Para a conversão em reais, deverá ser considerada a data de assinatura da proposta.**

**FAVOR ENVIAR O COMPROVANTE PARA: [associados@abhh.org.br](mailto:associados@abhh.org.br)**

Solicito a admissão no Quadro Social dessa Associação e assumindo o compromisso de cumprir os meus deveres estatutários, caso venha a ser admitido.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002  
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767

[www.abhh.org.br](http://www.abhh.org.br)