



**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: CNPJ: 11.422.382/0001-68 - Banco Santander 033 - Agência 3919 - Conta 13.005341-5 VALOR DA ANUIDADE: R\$ 7.500,00 (Sete Mil e Quinhentos Reais). FAVOR ENVIAR O COMPROVANTE PARA: 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 _____ 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