



SOLICITAÇÃO DE ASSOCIATIVISMO

Matrícula Nº _____

Sua adesão é a nossa força!

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ASSOCIADO EFETIVO | <input type="checkbox"/> | ASSOCIADO COLIGADO | <input type="checkbox"/> | ASSOCIADO COLABORADOR |
| <input type="checkbox"/> | ASSOCIADO FUNDADOR | <input type="checkbox"/> | ASSOCIADO HONORÁRIO | <input type="checkbox"/> | ASSOCIADO BENEMÉRITO |

| | | | | | |
|----------------|--|-------|---------|-----------------|--|
| RAZÃO SOCIAL: | | | | | |
| NOME FANTASIA: | | | | | |
| DATA FUNDAÇÃO: | | | | CAPITAL SOCIAL: | |
| CNPJ: | | | | INSC. ESTADUAL: | |
| ENDEREÇO: | | | | | |
| BAIRRO: | | | | CIDADE: | |
| CEP: | | FONE: | | FAX: | |
| CELULAR: | | | E-MAIL: | | |
| ATIVIDADE: | | | | Nº. EMPREGADOS | |
| HOME-PAGE: | | | | | |
| CONTADOR: | | | | FONE: | |

REPRESENTADA PELOS SÓCIOS ABAIXO ESPECIFICADOS:

| | | | | | |
|---------------------|--|--|--|---------------|--|
| SÓCIO TITULAR: | | | | | |
| RG: | | | | CPF: | |
| E-MAIL: | | | | CEL. | |
| DATA DE NASCIMENTO: | | | | | |
| SÓCIO: | | | | DATA DE NACS. | |
| SÓCIO: | | | | DATA DE NACS. | |
| SÓCIO: | | | | DATA DE NACS. | |
| SÓCIO: | | | | DATA DE NACS. | |
| SÓCIO: | | | | DATA DE NACS. | |

SERVIÇO OPCIONAL:

| | | | | | |
|---------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| SERASA: | <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> |
|---------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|

OBRIGATÓRIA APRESENTAÇÃO DAS CÓPIAS DOS DOCUMENTOS ABAIXO:

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | CONTRATO SOCIAL | <input type="checkbox"/> | CARTÃO DO CNPJ | <input type="checkbox"/> | RG/CPF SÓCIO TITULAR |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|

VALOR DA TRIMESTRALIDADE ASSOCIATIVA: R\$36,00

| | | | | | |
|---------------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| FORMA DE PAGAMENTO: | <input type="checkbox"/> | TRIMESTRAL | <input type="checkbox"/> | ANUAL | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------|--------------------------|

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| DATA DA ADESÃO: | | | |
|-----------------|--|--|--|

Declaro serem verdadeiras as informações acima.

Assinatura Sócio Titular

SINDICATO DOS LOJISTAS DA REGIÃO DAS HORTÊNSIAS
Avenida das Hortênsias, 2040 Sala 10 – Centro – Gramado/RS
Fone/Fax: (54) 3286-9288 - e-mail: contato@sindilojashortensias.com.br

www.sindilojashortensias.com.br

TERMO DE COMPROMISSO

1) O proponente conforme formulário de solicitação de associativismo anexo, REQUER seja homologado sua associação ao SINDILOJAS REGIÃO DAS HORTÊNSIAS, na condição de:

| | | |
|--------------------|---------------------|-----------------------|
| ASSOCIADO EFETIVO | ASSOCIADO COLIGADO | ASSOCIADO COLABORADOR |
| ASSOCIADO FUNDADOR | ASSOCIADO HONORÁRIO | ASSOCIADO BENEMÉRITO |

nos termos do Estatuto Social, comprometendo-se a zelar pelos direitos e obrigações decorrentes, mantendo a Mensalidade Associativa rigorosamente em dia.

2) Autorizo ao **Sindicato dos Lojistas da Região das Hortênsias - SINDILOJAS** a enviar trimestralmente, **independente de outros avisos, boleto bancário**, no valor para quitar compromisso relativo ao **ASSOCIATIVISMO AO SINDILOJAS**, conforme acima especificado. Em caso de dúvidas, ou informações adicionais sobre vencimentos e valores, devo solicitar esclarecimentos diretamente a Secretaria do Sindilojas.

3) O Associado poderá utilizar os convênios e serviços do Sindilojas imediatamente após a assinatura e o pagamento da primeira trimestralidade de R\$ 36,00 sem carência nos convênios e serviços médicos e odontológicos.

4) Qualquer alteração ou inclusão em relação ao presente convênio, será comunicada pelo Associado Titular por escrito com antecedência mínima de 30 dias.

5) O cancelamento do Quadro Associativo somente será aceito mediante o pagamento de no mínimo **três (03) meses, ou seja, uma (01) Trimestralidade Associativa** a contar da data de inclusão. O Associado deverá Informar por escrito a decisão de exclusão do quadro associativo sempre até o dia 05 de cada mês (data programada).

6) Será de responsabilidade do associado o pagamento da trimestralidade com vencimento no dia 10, dos meses de: janeiro, abril, julho e outubro de cada ano, e/ou a diferença conforme data de adesão, sob pena de não o fazendo, pagar o débito corrigido com 1% de juros ao mês e 0,17% de multa ao dia e correção monetária em caso de defasagem dos valores.

7) Caso o associado deixar de receber a fatura/boleto na época programada, anterior ao vencimento, deverá imediatamente entrar em contato com o Sindilojas, para informar-se do valor a pagar e realizar a liquidação junto à rede bancária autorizada. Em hipótese alguma, o não recebimento da fatura/boleto poderá ser alegado como procedente para não liquidação do débito na data aprazada.

8) No caso de inadimplência de até 1 (uma) trimestralidade, três meses, implicará no imediato desligamento do associado junto ao Quadro Associativo da entidade, ficando o Sindilojas com a faculdade de cobrar, com multa e juros a trimestralidade em atraso.

09) O pagamento da fatura da **TRIMESTRALIDADE ASSOCIATIVA** poderá ser pago até o vencimento em qualquer banco integrado ao sistema de compensação. Após o vencimento somente no banco emitente, com multa e juros.

10) O valor constante na Cláusula "3" acima, será reajustado anualmente, no mês de outubro, com base na variação do INPC nos últimos 12 meses, ou de outro índice oficial que venha a sucedê-lo.

Assinatura

SINDICATO DOS LOJISTAS DA REGIÃO DAS HORTÊNSIAS
Avenida das Hortênsias, 2040 Sala 10 – Centro – Gramado/RS
Fone/Fax:(54) 3286-9288 e-mail: contato@sindilojashortensias.com.br

www.sindilojashortensias.com.br