Nome:

Data de Nascimento: Estado Civil: Profissão:

RG: CPF:

Endereço Residencial:

Bairro: Cidade:

Telefones: / Celular:

E-mail:

***Dados Profissionais***

Empresa:

Endereço: CEP:

Bairro: Cidade: Telefone:

E-mail:

Declaro que desejo associar-me ao **CLUBE DAS EXECUTIVAS DE SEGUROS DE BRASILIA**, *sendo aceita como* ***sócia***, comprometendo-me a cumprir o Estatuto, defender, trabalhar e honrar o Clube dando meu melhor como associada.

Brasília de de 2021

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_