



A.P.T.
ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO TURISMO DA
BAIXADA SANTISTA

DECLARAÇÃO

Santos-SP, _____, de _____ de 20____.

Eu, _____ sócio (a) nº _____
declaro estar ciente das obrigações como sócio(a) da A.P.T. (Associação dos Profissionais do Turismo da Baixada Santista), estando sujeito a ser excluído(a) como sócio(a) desta entidade caso fique 02 meses sem quitar minhas mensalidades nas datas dos respectivos vencimentos mensais ou Planos de Convênios UNIMED de Santos, DentalCorp Odontológico ou Plano Saúde Ana Costa perdendo assim o direito ao Seguro de Vida (Porto Seguro) pago por está associação.

Assinatura: _____

CPF: _____