



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

**FICHA DE ADESÃO**

Santos, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sócio Nº \_\_\_\_\_

Solicito a minha inclusão no quadro associativo da A P T e declaro conhecer e aprovar os seus objetivos.

**Dados Pessoais - PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CIC: \_\_\_\_\_

Estado Civil:-----

E-mail(pessoal) \_\_\_\_\_

Filiação: (Pai) \_\_\_\_\_

(Mãe) \_\_\_\_\_

**Dados Profissionais:**

Empresa: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**VALOR DA MENSALIDADE - R\$ 15.00**

**CONVENINO:**

**FORMA DE PAGAMENTO:**

( ) Mensal ( ) Boletão ( ) Trimestral ( ) Semestral ( ) Anual

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Aprovação:**

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Diretor Social

\_\_\_\_\_  
Diretor Tesoureiro