

Membro



Proposta para Associado Nº: _____ (A preencher pelos serviços)

1. CORRETORES

Nome da Firma: _____

Morada: _____ Cod. Postal: _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Fax: _____ Telemóvel _____ E-Mail: _____

Data Pacto Social: _____ Início da Atividade Mediadora: _____

Pessoa(s) que representa/m a firma: _____ Cargo/s: _____

Nº de Empregados: _____ Mediador ASF Nº: _____

Pessoa Coletiva Nº: _____ WebPage: _____

Nota: Juntar fotocópia do certificado do ASF e do cartão de pessoa coletiva

Nos termos do artigo 11º dos Estatutos, indique o seu representante em caso de impedimento:

REPRESENTANTE SUPLENTE

Nome: _____

Morada: _____ Cod. Postal: _____ Localidade: _____

Caso possua Delegações/Sucursais/Filiais, para além da empresa, indique os respetivos contactos:

1 - Delegação/Sucursal/Filial

Morada: _____ Cod. Postal: _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

2 - Delegação/Sucursal/Filial

Morada: Cod. Postal: Localidade:
Telefone: Fax: E-Mail: _____

3 - Delegação/Sucursal/Filial

Morada: Cod. Postal: Localidade:
Telefone: Fax: E-Mail: _____

4 - Delegação/Sucursal/Filial

Morada: Cod. Postal: Localidade:
Telefone: Fax: E-Mail: _____

Pagamento de Quotas

Mensal Trimestral Semestral Anual

Importante: O pagamento é efetuado na tesouraria da APROSE
Informe como deseja proceder:

- Remete Cheque
 Transferência Bancária(*)
 Depósito à Ordem APROSE (*)

(*) **IBAN da APROSE:** PT50 0010 0000 2642 1090 00164
Nota: Fazer constar da ordem de transferência o nome ou número do associado

_____, aos Assinatura: _____
Carimbo, se houver

Quotas

Quota mensal de € 135,00 com direito a um Seguro de Responsabilidade Civil Profissional que garante um capital de € 1.350.000,00 por sinistro e € 2.000.000,00 por anuidade, independentemente do número de sinistros, válido em todo o território da União Europeia, já incluído no valor da quota. Jóia - €100,00 Cartão de Associado - €2,50

Despacho da Direção presente à reunião de _____
Decisão de Aprovação/Reprovação _____