

Proposta de Filiação

Data de Afiliação _____

Cód. do Ass.: _____

INFORMAÇÕES PARA CONTATO

NOME FANTASIA _____

RAZÃO SOCIAL _____

CNPJ _____ DATA DA FUNDAÇÃO _____

E-MAIL _____ E-MAIL _____

E-MAIL _____ SITE: _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ CEP _____ UF _____

DDD _____ TEL _____ FAX _____ CEL _____

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ CEP _____ UF _____

RELAÇÃO DE SÓCIOS ADMINISTRATIVOS OU DIRIGENTES

NOME _____

NOME _____

NOME _____

INFORMAÇÕES DO ESTABELECIMENTO

Tipo de Culinária _____	Trabalha com <input type="checkbox"/> Chopp <input type="checkbox"/> Cerveja
Número de Mesas _____	Pessoas Atendidas por Mês _____
Tiquete Médio <input type="checkbox"/> Até R\$ 10,00 <input type="checkbox"/> R\$ 11 a R\$ 25,00 <input type="checkbox"/> R\$ 26 a R\$ 50,00 <input type="checkbox"/> R\$ 51 a R\$ 100,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 101,00	Tipo de Serviço <input type="checkbox"/> Preço Fixo <input type="checkbox"/> À Quilo <input type="checkbox"/> Balcão <input type="checkbox"/> Delivery <input type="checkbox"/> À La Carte
Cartões Aceitos <input type="checkbox"/> American <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa Eletron <input type="checkbox"/> Redeshop <input type="checkbox"/> Outros	Tiquetes Aceitos <input type="checkbox"/> Visa Vale <input type="checkbox"/> Sodexo <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/> Não aceita
Tipo de Estabelecimento <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Pizzaria <input type="checkbox"/> Lanchonete <input type="checkbox"/> Buffet <input type="checkbox"/> Casa Noturna <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Quiosque <input type="checkbox"/> Cafeteria <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Serviços Adicionais <input type="checkbox"/> Ar Condicionado <input type="checkbox"/> Área de Criança <input type="checkbox"/> Área de Animais <input type="checkbox"/> Área de Fumantes <input type="checkbox"/> Fica em Shopping <input type="checkbox"/> Estacionamento <input type="checkbox"/> Manobrista <input type="checkbox"/> Música ao vivo <input type="checkbox"/> Música Eletrônica <input type="checkbox"/> Pista de Dança <input type="checkbox"/> Internet sem fio <input type="checkbox"/> Reserva
Horário _____ _____ _____	Nº de funcionários treinados para Segurança do Alimento _____ _____

OBS:

1- A Abrasel SP presta diversos serviços ao associado.

2- O valor da mensalidade de R\$ 147,00.

3- A filiação dá direito à assinatura da Revista Bares & Restaurantes, Informativo Abrasel SP, assessoria jurídica etc.

4- Enviar para: mary@abrasel.com.br para finalização._____
FILADO POR_____
ASSINATURA DO DECLARANTE