

Cidade/data/mês/ ano

REQUERIMENTO – AFILIAÇÃO

À ABRA - Associação Brasileira de Autismo

Att: Sra Maria do Carmo Ribeiro Tourinho
Presidente

Sra Presidente,

A _____ estabelecida na rua
_____, Bairro _____,
inscrição no CNPJ nº _____, através de seu representante legal
Sr(a) _____ vem requerer
afiliação a ABRA - Associação Brasileira de Autismo.

Nesses termos
Pede deferimento

Nome e assinatura do representante legal pela ONG