

## DECLARAÇÃO

EMPRESA:	
INSCRIÇÃO NO CNPJ:	E-MAIL:
CNAE (ATIVIDADE PRINCIPAL):	
ENDEREÇO (COM CEP):	
REPRESENTANTE LEGAL:	TELEFONE:

**DECLARA**, para todos os fins de direito, em especial para o fim de usufruir do **plano de saúde** fornecido pela **AFFIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, que se encontra no âmbito de **representação sindical** da **FEDERAÇÃO DO COMÉRCIO DE BENS, SERVIÇOS E TURISMO DO ESTADO DA BAHIA**.

\_\_\_\_\_/BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Por seu Representante Legal** (assinatura e carimbo)