

###### De acordo,

######

######  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Responsável

**Obs: estes dados são de uso exclusivo do IBHE para envio de comunicações sobre eventos, reuniões e convites em nossas atividades.**

\*Favor enviar Termo de Adesão preenchido e assinado para: **hospitalidade@ibhe.com.br**

### Plano de Adesão MEMBRO PROFISSIONAL

* **Condições de Pagamento:**

 ( ) EM 12 PARCELAS MENSAIS

 \*\*\*- o tempo mínimo de permanência no Plano é de 03 meses, após este período o cancelamento poderá ser feito mediante aviso com 30 dias de antecedência.

 ( ) ANUAL - à VISTA ( com 5% de desconto para pagamento em até 30 dias da data de adesão)

 **Nota:** forma de pagamento apenas através de depósito em conta do IBHE

###### **Data Vencimento para Pagamento:**

######

###### 05 ( ) 10 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 25 ( )

# **TERMO DE ADESÃO**

Por este termo de adesão, que ora represento, ingresso como **Membro do Programa IBHE de Excelência em Hospitalidade Empresarial**, respeitando as condições dos Planos de Adesão.

### Dados Pessoais junto ao IBHE

 Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aniversário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###

