



ABRAFLORE
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ACESSO À CANNABIS TERAPÊUTICA

TERMO DE ADESÃO

Por meio deste TERMO DE ADESÃO, manifesto espontaneamente que eu, _____, titular do CPF: _____ ou CNPJ: _____ (razão social): _____ responsável pelo paciente: _____, titular do CPF: _____, ou por mim mesmo.

- I. Estou ciente e de pleno acordo com as condições aqui estabelecidas e previstas pelo Estatuto Social e/ou pelo Regimento Interno da ABRAFLORE.
- II. Estou ciente e de acordo que deverei cumprir com todas as minhas obrigações societárias, durante a vigência da minha associação.
- III. Estou ciente e de acordo que poderá a ABRAFLORE por deliberação do seu Conselho Administrativo e a seu exclusivo critério suspender a obrigatoriedade do(a) Associado(a) que solicitar e que justificadamente não tenha condições de pagar, podendo manter total ou parcialmente os benefícios oferecidos.

E assim, declaro minha filiação à ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ACESSO À CANNABIS TERAPÊUTICA ABRAFLORE, inscrita sob o CNPJ nº 40.798.518/0001-37, com sede à Rua Cônego Bernardo, nº 57, sala 4, bairro Trindade, na cidade de Florianópolis-SC, CEP 88036-570, na condição de ASSOCIADO(A).

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente ou responsável