



COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO CEARÁ
Rua João Carvalho, 600 salas 804 a 811 - Aldeota - Fortaleza - Ce
Fone(85)3456.60.00

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Senhor Presidente da Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas do Ceará - COOPANEST-CE

De Acordo com os termos do cap. 3º do Estatuto Social desta entidade, vimos propor para o associado(a) dessa Cooperativa o (a) Sr.(a) _____
De nacionalidade _____, estado civil _____, com _____ anos de Idade, residente à _____
Em _____
Profissão _____.

O(a) nova(a) associado(a) se compromete a subscrever 10(dez) quotas-partes de capital, nos termos do item 1 do capítulo IV do Estatuto Social dessa entidade.

Fortaleza, ____ de _____ de

O proposto

Sócios proponentes

CPF

Matrícula nº

Matrícula nº

PARA USO DA COOPANEST-CE

Admissão aprovada pelo Conselho de Administração
Em reunião do dia _____

MATRÍCULA SOB Nº _____

Presidente