# FORMULÁRIO 9 - SOLICITAÇÃO DE CRACHÁS DE EXPOSITOR - FUNCIONÁRIOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Essa ficha deverá ser preenchida e anexada ao formulário para ser enviado a **SOCERJ** até o dia  **01 de Setembro de 2024**.

Solicitamos o fornecimento de crachás para as pessoas abaixo relacionadas, que estarão trabalhando em nosso(s) estande(s).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cargo** | **Nome para o crachá** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## OBS.: Se o espaço não for suficiente, enviar listagem anexa Indicar o responsável para retirar os crachás.

**NOME COMPLETO:**

**CARGO NA EMPRESA:**

**TELEFONE CELULAR COM DDD:**

**Razão Social (EXPOSITOR):**

**Nome Fantasia**: **CNPJ (Obrigatório):**

**Endereço:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Número:** | **CEP:** | **Bairro:** |  |
|  |  |  |  |  |
| **Cidade:** |  |  | **UF:** |
|  |  |  | SP |
| **Fone:** | **Fax:** | **E-mail:** |  |
|  |  |  |  |
| **Responsável pela solicitação:** |  |  | **Data:** |
|  |  |  |  |
| **Assinatura:** |  | **Carimbo da empresa:** |  |
|  |  |  |  |