Nº

Formulário de Representação

Nome: _____

Endereço: _____

Nº do Cartão: _____ Validade: _____

Tel: _____ E-mail: _____

Cpf / Cnpj: _____

Nome da associada: _____ Nº: _____

Data da ocorrência: _____

Descrição dos fatos: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura

Após preenchimento enviar pelo correio à:
Associação Brasileira das Empresas de Cartões de Crédito e Serviços
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1485 - 13º andar - Torre Norte - Jardim Paulistano - São Paulo - SP - CEP – 01452-921
A/C Coordenador de Ética e Auto-regulação