**FICHA CADASTRAL – AFILIADO**

Data: / /2017

Nome:

Apelido Desejado: Dt. Nascimento:

Estado civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:

Bairro: Cidade: Estado:

RG: CPF:

Telefone Fixo: Telefone móvel:

E-mail:

Já trabalhou com divulgação digital: \_\_\_\_Sim ou \_\_\_\_\_Não

Em quais mídias?

Quais os melhores horários para fazermos o treinamento de forma remota (Skype)?

Qual seu Skype?

Qual sua pretensão de ganho com este trabalho de afiliação do Curso FourWeeks?

Informe abaixo seu banco e conta corrente para crédito das comissões:

Bco.: Agência: C/C:

Titular:

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

Assinatura