

De:  
Fax:  
Telefone:  
Assunto: Solicitação de Assinatura

Para: Andrei Publicações Médicas  
Fax: (11) 3221-0246  
\_ da Revista Brasíndice  
\_ do Brasíndice Eletrônico

Assinatura:

Período de 6 Meses (12 Edições) _	Período de 12 Meses
Revista Brasíndice (Correio Simples) _	_ Revista Brasíndice (Correio Simples) _
Revista Brasíndice (Correio Aéreo) _	Revista Brasíndice (Correio Aéreo) _
Revista + Brasíndice Eletrônico	Revista + Brasíndice Eletrônico
_ Revista + Brasíndice Eletrônico (1a Assinatura)	_ Revista + Brasíndice Eletrônico (1a Assinatura)

**Dados do Assinante:**

Razão Social/Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

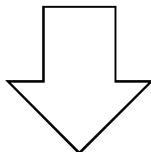
Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Pessoa: \_ Jurídica \_ Física CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_ Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

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



Cole aqui o comprovante

Enviar email para: [vendas@editora-andrei.com.br](mailto:vendas@editora-andrei.com.br)