

ANEXO I - TERMO DE ADESÃO

1. DADOS DA EMPRESA

EMPRESA:	ATIVITA Studio Pilates
ENDEREÇO PRINCIPAL :	Rua Bernardino de Campos, 169, Centro, São João da Boa Vista-SP.
RESPONSÁVEL MÁXIMO:	Mariana Fulanetti Costa
E-MAIL:	ativitastudiopilates@gmail.com
TELEFONE PARA CONTATO:	(19)99906-6585

2. PROPOSTA

(selecione o público-alvo: **Servidores e dependentes**)

UNIDADE PARTICIPANTE	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO OU PLANO	VALOR ORIGINAL (R\$)	DESCONTO (selecione abaixo) Desconto em %	VALOR FINAL (R\$)
ATIVITA Studio Pilates	Pilates presencial – plano bimestral – 1x na semana (VALOR POR MÊS)	230,00	10%	207,00
ATIVITA Studio Pilates	Pilates presencial – plano quadrimestral– 1x na semana (VALOR POR MÊS)	210,00	10%	189,00
ATIVITA Studio Pilates	Pilates presencial – plano semestral– 1x na semana (VALOR POR MÊS)	190,00	10%	171,00
ATIVITA Studio Pilates	Pilates presencial – plano bimestral – 2x na semana (VALOR POR MÊS)	320,00	10%	288
ATIVITA Studio Pilates	Pilates presencial – plano quadrimestral– 2x na semana (VALOR POR MÊS)	290,00	10%	261,00
ATIVITA Studio Pilates	Pilates presencial – plano semestral– 2x na semana (VALOR POR MÊS)	265,00	10%	238,5
ATIVITA Studio Pilates	Pilates online – 1 x na semana (VALOR POR MÊS)	250,00	10%	225,00
ATIVITA Studio Pilates	Pilates online – 2x na semana (VALOE POR MÊS)	160,00	10%	145,00
Nome da unidade	Lembre-se de informar se este plano contempla serviços presenciais e/ou virtuais	(insira o valor)	(selecione se % ou R\$ e insira o valor)	(calcule valor original - desconto)
Nome da unidade	Lembre-se de informar se este plano contempla serviços presenciais e/ou virtuais	(insira o valor)	(selecione se % ou R\$ e insira o valor)	(calcule valor original - desconto)

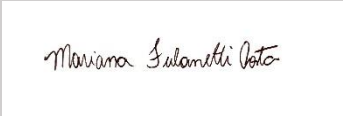
3. APRESENTAÇÃO

Preencha as informações abaixo e, caso necessário, anexe os documentos comprobatórios em arquivo único, no espaço próprio do formulário online

TEMPO DE EXISTÊNCIA:	Studio existe há 2 anos.
INFRAESTRUTURA:	2 salas com 3 equipamentos cada sala, sendo um total de 6 equipamentos.
UNIDADES:	1 unidade.
VIGÊNCIA DA PROPOSTA	14/03/2023 a 13/03/2024

4. CIÊNCIA E COMPROMISSO DA EMPRESA

1. VENHO, ATRAVÉS DESTA, ATENDER À CHAMADA DO EDITAL Nº 08/2023, VISANDO A CONCESSÃO DE DESCONTOS AOS SERVIDORES ATIVOS E INATIVOS DO IFSP, E/OU SEUS DEPENDENTES.
2. EM CASO DE APROVAÇÃO, COMPROMETO-ME A EXECUTAR O PROPOSTO NESTE DOCUMENTO, REGIDO PELO EDITAL Nº 08/2023.
3. ESTOU CIENTE QUE, POR MEIO DA MINHA PARTICIPAÇÃO, NÃO PODEREI, SOB HIPÓTESE ALGUMA, GERAR OU COBRAR DESPESAS RELATIVAS AOS ITENS PROPOSTOS AO IFSP.
4. COMPROMETO-ME, EM NOME DESTA ESTABELECIMENTO, A MANTER SUA REGULARIDADE JUNTO AOS ÓRGÃOS DE FISCALIZAÇÃO, SEJA QUANTO À INFRAESTRUTURA, SEJA QUANTO À RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS.
5. AS PARTES ELEGEM O FORO DA JUSTIÇA FEDERAL DE SÃO PAULO, SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, PARA NELE SER DIRIMIDO QUALQUER LITÍGIO ORIUNDO DESTA TERMO DE ADESÃO, QUE NÃO PUDE SER RESOLVIDO POR NEGOCIAÇÃO DIRETA.

EU, REPRESENTANTE DESTA ESTABELECIMENTO, DECLARO ESTAR CIENTE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS E DE ACORDO COM ELAS.	LOCAL E DATA: São João da Boa Vista-SP. 14/03/2023
	ASSINATURA: 
	CPF:390964618-27

Observação: ao concluir o preenchimento, salve as alterações e gere um arquivo PDF para envio.

Ítem 6.2 do ANEXO.

As propostas são para planos de 2, 4 ou 6 meses, nos planos presenciais. Os valores apresentados são por mês, por pessoa, sendo assim, se for do interesse fechar o plano semestral para fazer 2x na semana, seriam 6x 238,5

Os atendimentos são de no máximo 3 pessoas por horário. Os atendimentos são de 45 a 50 minutos.

Não há reposição de aula em feriados e final do ano.

Caso tenha necessidade de se ausentar das sessões, necessário avisar com no mínimo 4 horas de antecedência, caso contrario é contabilizado como sessão feita. Caso tenha necessidade em repor as sessões, no máximo 2 por mês.

Caso o fisioterapeuta desmarque, a sessão será feita sem prejuízo.