

**ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DAS PENITENCIÁRIAS  
DE CAMPINAS E HORTOLÂNDIA**

**PROPOSTA PARA ADMISSÃO DE SÓCIO**

Nome:		
CPF:	RG:	
Data de Nascimento:	/	Local:
Endereço:	nº	
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	email:	
Telefone: res. ( )	cel. ( )	
Local de Trabalho:		
Tempo de Serviço:	Cargo:	
Estado Civil:		
Cônjuge:		
Data de Nascimento:	/	RG:

<b>Filhos e Dependentes (discriminar nome, RG (se tiver) e a data de nascimento)</b>		
Nome:		RG:
Parentesco:	Data de nascimento:	/ /
Nome:		RG:
Parentesco:	Data de nascimento:	/ /
Nome:		RG:
Parentesco:	Data de nascimento:	/ /
Nome:		RG:
Parentesco:	Data de nascimento:	/ /
Nome:		RG:
Parentesco:	Data de nascimento:	/ /

**ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DAS PENITENCIÁRIAS  
DE CAMPINAS E HORTOLÂNDIA**

Declaro que estou ciente e de acordo com as normas estatutárias, regimento interno e regulamentos da associação, inclusive no que tange aos convênios, cumprindo o que ali estiver estabelecido. Autorizo os débitos da mensalidade da Associação, bem como dos convênios e serviços aos quais eu vier a aderir, meus e dos dependentes que relacionar nesta proposta de admissão, ciente de que a inadimplência de minha parte poderá motivar cobrança judicial, protestos em cartório bem como ação por eventual ilícito penal.

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.  
Hortolândia,                      de    de

---

Assinatura

<b>Autorização para Débito em Conta</b>	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil	<input type="checkbox"/> Outros
Agência:	Conta nº:

OBS.: ME COMPROMETO A MANTER O SALDO POSITIVO PARA OS DESCONTOS DA ASSOCIAÇÃO E COMUNICÁ-LA SE HOUVER ALTERAÇÃO REFERENTE AOS MEUS DADOS CADASTRAIS.

---

Assinatura