

**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:

Filhos e Dependentes (discriminar nome, RG (se tiver) e a 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: / /
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

Autorização para Débito em Conta	
() Banco do Brasil	() Outros
Agencia:	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