

REQUERIMENTO DE ADMISSÃO DE ASSOCIADO

Aposentado
 Efetivo
 Contribuinte

Nome			CPF		
Matrícula	Data de Adesão	Data de Nascimento	Sexo	Tipo de Associado	
RG	Órgão Emissor/UF	Data de Emissão	Naturalidade	Estado Civil	
Nome do Pai			Nome da Mãe		
CEP	Endereço		Bairro		
Município	UF	Ponte de referência			
Telefone Residencial	Celular Whatsapp	Celular	E-mail		
Dados Bancários				<input type="checkbox"/> Conta Corrente <input type="checkbox"/> Poupança	
Banco:	AG:	Conta:			

Eu _____, CPF _____
 autorizo a partir desta data o desconto em minha conta acima especificada, referente às contribuições mensais em folha de pagamento em favor da APCEF/MT.

Declaro que são meus dependentes, para os efeitos estatutários, as seguintes pessoas:

NOME	PARENTESCO	SEXO	DATA DE NASCIMENTO

O PROPOSTO ABAIXO ASSINADO DESEJA SUA INSCRIÇÃO NO QUADRO ASSOCIATIVO DA APCEF/MT, ACEITANDO TODAS AS OBRIGAÇÕES CONSTANTES NO ESTATUTO E REGULAMENTO DA ASSOCIAÇÃO, DOS QUAIS É CONHECEDOR.

Cuiabá/MT, ____/____/____.

Data

Assinatura