

FICHA DE FILIAÇÃO



Associação dos Servidores da Polícia Militar, Corpo de Bombeiros Militar e Pensionistas do IPSM

Queremos lembrar de você a cada contato! Cole aqui sua foto 3x4

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA

Orgão				Matrícula			
Nome do Associado					Data de nascimento		
Sexo	E. Civil	Naturalidade	RG		Orgão emissor	Data exp.	
CPF		E-mail					
Endereço residencial:					Nº / Complemento		
Bairro		CEP	Cidade			UF	
Telefone Residencial ()		Telefone Comercial ()		Celular ()			
Repartição em que trabalha		Cargo ou função		Vencimento		Nível	
Observação							

DEPENDENTES DO ASSOCIADO

Nome	E-mail	Parentesco	Nascimento

Requeiro minha filiação a Associação dos Servidores da Polícia Militar, Corpo de Bombeiros Militar e Pensionistas do IPSM (ASPMCBIPSM), declarando aceitar as cláusulas estatutárias, bem como honrar com meus compromissos financeiros e sociais e assumo a responsabilidade pelos dependentes por mim indicados.

Neste ato, autorizo a ASPM, a descontar, mensalmente, de meus proventos, por consignação em folha ou débito em conta corrente ou emitir boleto bancário, os valores correspondentes a mensalidade social e/ou produtos e serviços e seus respectivos reajustes, de acordo com as cláusulas estatutárias.

Autorizo o recebimento de correspondências impressas ou por meio eletrônico nos endereços acima.

Mensalidade Social	R\$	(_____) (Valor por extenso)
Outros _____	R\$	
Total de Descontos	R\$	

Obs.: Não é necessário qualquer pagamento ao Agente Comercial

Assinatura do associado	Local	Data
-------------------------	-------	------