

## PROPOSTA DE FILIAÇÃO

O abaixo qualificado requer a sua inscrição como sócio bem como dos seus dependentes.

NOME COMPLETO			LOTAÇÃO
MATRÍCULA Nº	CART. IDENT. Nº	DATA DE NASCIMENTO	DATA DE ADMISSÃO
CPF:		E-MAIL	
END. RESIDENCIAL			
BAIRRO			CIDADE/UF
CEP	TEL.	CEL.	
<b>DEPENDENTES</b>			
NOME COMPLETO		DATA NASCIMENTO	PARENTESCO

Eu \_\_\_\_\_, solicito minha inclusão no quadro de associados desta Associação e autorizo o desconto da mensalidade, em folha de pagamento ou débito em conta corrente, em favor desta APCEF.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Assinatura

Deferido na categoria de sócio \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Presidente