

SOLICITAÇÃO DE INGRESSO COMO SÓCIO

O abaixo assinado, desejando fazer parte do quadro social da ASTREMG, requer a sua inscrição como sócio, declarando conhecer as disposições estatutárias, com as quais concorda plenamente, comprometendo-se a autorizar o desconto ou pagar direto na Associação o mínimo de 12 contribuições mensais.

Nome do(a) Associado(a) :

Telefone: Res: Celular/WhatsApp Com:

Estado Civil.: Email:

Situação: () Ativo () Beneficiário () Inativo ()

SETOR:

Convênios:

() Locadora R\$ 10,00 por mês cobrado trimestralmente.

() Drogaria Araújo () Drogaria Pacheco () Drogaria Raia

Deseja receber comunicações pela Astremg? () Sim () Não

Contato: () e-mail () WhatsApp

Assuntos: () Eventos () Promoções () Novos Convênios () Novos filmes

() _____ () _____ () _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 ____

Solicitante

Deferido

Indeferido

_____/_____/_____

Diretoria