

# REQUERIMENTO DE ADMISSÃO DE 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): .....

Filiação: .....

.....

Naturalidade: ..... Data de Nasc.: ..... Est. Civil: .....

CPF: ..... Ident.: ..... Org. Emissor: .....

Categoria Funcional (Técnico/Analista): ..... Matrícula: .....

Setor/Seção: .....

Telefone Res: ..... Celular/WhatsApp: ..... Com./Ramal: .....

e-mail (TRE): .....

e-mail (Pessoal): .....

Endereço: ..... Bairro: .....

Cep: ..... Cidade: ..... Estado: .....

Situação: ( ) Ativo ( ) Beneficiário ( ) Inativo ( ) Outro: .....

Convênios:

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

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

Contato: ( ) e-mail ( ) WhatsApp

Assuntos: ( ) Eventos ( ) Promoções ( ) Novos Convênios ( ) \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Autorizo o desconto mensal em minha folha de pagamento, o valor correspondente a 0,3% do meu vencimento bruto, como contribuição mensal de associado.

