

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 0,4% do meu vencimento bruto, como contribuição mensal de associado.

