



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SERVIDORES DE
CÂMARAS MUNICIPAIS – ABRASCAM

FICHA DE ASSOCIADO N°:[illegible]

INSTITUIÇÃO:																			
				CNPJ: ____ . ____ . ____ / <u>0</u> <u>0</u> <u>0</u> <u>1</u> . ____															
ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO:																			
				N°															
BAIRRO:																			
CIDADE:																			
				ESTADO:								CEP: _____ - _____							
TEL: () _____ - _____				RAMAL: _____				FAX: () _____ - _____											
CEL: () _____ - _____				Obs.:															

Como tomou conhecimento da ABRASCAM: () Folder () E-mail () Site () Colegas Autorizo a Associação Brasileira de Servidores de Câmaras Municipais - ABRASCAM armazenar os meus dados pessoais para futuros contatos. Autorizo também o recebimento de ligações telefônicas, e-mails informativos, correspondências e malas diretas da Associação Brasileira de Servidores de Câmaras Municipais – ABRASCAM.
--

Quero associar-me a ABRASCAM:

DATA: / / 20 **Assinatura do Associado:**

PARA USO DA ABRASCAM:

RECIBO EM NOME: [] PARTICIPANTE				Obs.:	
ANUIDADE – R\$:			[] PARCELA ÚNICA - R\$:		
[] 1ª PARCELA - R\$:		[] 2ª PARCELA - R\$:		PGTO EM DINHEIRO R\$:	
CHEQUE PRÉ: [] SIM [] NÃO		BANCO:		Nº Agência: _____	Nº Cheque: _____
R\$:					
DEPOSITO BANCO: [] CAIXA/CEF			DATA DEP.: ____ / ____ / ____		R\$:
RECIBO N°:		CÓDIGOS DO SISTEMA :		VISTO CADASTRO:	
DATA RECIBO: ____ / ____ / ____		GERAL: INSCRIÇÃO: PESSOA:		VISTO TESOURARIA:	
Obs.:					