



ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS APOSENTADOS DO BCB

PROPOSTA PARA SÓCIO

NOME COMPLETO			CPF		
Nacionalidade:		Estado Civil:		MAT. CABEC	
RG:	ORG.EXP.:	DATA EXP.:			
ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO					
LOGRADOURO(RUA/AV./TRAV.):					
BAIRRO/DISTRITO:			CEP:		
CIDADE:			ESTADO:		
TEL. RESIDENCIAL	TEL. COMERCIAL	TEL. CELULAR		E-MAIL	

DATA DE NASCIMENTO	GRUPO SANGUÍNEO E FATOR RH	M AN E Q U I M - M E D I D A S		
		CAMISA/BLUSA	CALÇA/CÓS	CALÇADO

PLANO ASSISTENCIAL:			VINCULAÇÃO BANCÁRIA:		
DE SAÚDE	ODONTOLÓGICO	FUNERÁRIO	BANCO	AGÊNCIA	CONTA

SOLICITAÇÃO

Solicito inscrição como associado(a) da Afabec.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a Afabec a solicitar à CABEC a averbação dos valores necessários à minha participação como associado, a partir desta data.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

OBSERVAÇÕES: