

FICHA DE SOLICITAÇÃO ASSOCIATIVA



Nome: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Endereço de Correspondência: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

CPF: _____ Cart. Ident: _____

Data Exp.: _____ Matrícula Funcional Nº _____

Data de Nasc: _____ Local Nasc: _____ Estado: _____

Local de Trabalho: _____

Pela presente e na qualidade de Servidor Público, solicito minha ASSOCIAÇÃO junto a SOCIELA ASSISTENCIAL, onde declaro ter conhecimento das regras dispostas no Estatuto Social da SOCIELA, que se encontra registrado sob o Nº 8334 perante o cartório do 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas de Salvador-BA, às quais se submete e se compromete a observar, a partir da data de subscrição da presente proposta associativa.

Declaro ter ciência que devo contribuir com valor de R\$ 4,00 (Quatro Reais) mensais a título de contribuição associativa, junto com a mensalidade do Plano de Saúde Coletivo por Adesão SOCIELA / VALLOR ADMINISTRADORA / SAÚDE CASSEB.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Associado