

PROPOSTA DE ASSOCIAÇÃO

Nome Completo _____

R.G. _____ Órgão Emissor _____ CPF _____

Data Nascimento _____ Estado Civil _____

Endereço _____ Número _____

Complemento _____ CEP _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____

Tel Residencial(____) _____ Cel(____) _____ Com(____) _____

E-mail: _____

Nome Corretor (a) _____

Cel: _____ Email: _____

- Solicito minha associação à ANSP (Associação Nacional dos Servidores Públicos Municipais) na categoria **ASSOCIADO USUÁRIO**, estando ciente que essa categoria de Associado não poderá votar nem ser votado para qualquer cargo da entidade.
- O **ASSOCIADO USUÁRIO** pagará a Mensalidade Associativa junto ao boleto do plano de saúde, o valor de **R\$ 3,50 (Três reais e cinquenta centavos)** por mês.

Declaro estar ciente e de acordo com as condições acima. Por ser verdade firmo a presente proposta.

_____, _____ de _____ de 20____.

Local e data

Assinatura do Servidor Público