

PROPOSTA DE FILIAÇÃO

Data de Inscrição: _____

Rosa de Saron

Nº

() ACEITO

() RECUSADO

PROPONENTE TITULAR

Nome				CPF			
Data de Nascimento	Sexo	E C	CPF	PIS/PASEP	Cartão Nacional de Saúde		
Nome Completo da Mãe:			Nome Completo do Pai:				
CEP:	Rua/Av. <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial						
Nº	Bairro	Cidade			UF		
CEP:	Rua/Av. <input type="checkbox"/> Endereço de Cobrança						
Nº	Bairro	Cidade			UF		
Telefone Residencial		Telefone Celular		Telefone Comercial		Telefone Recado	
E-mail					Profissão		

1. Solicito a minha filiação a **ASSOCIAÇÃO dos MINISTROS de CULTO, MISSIONÁRIOS, TEÓLOGOS e PROFISSIONAIS ASSEMBLHADOS**, denominada **AMCMTPA – ROSA DE SARON**, e declaro para os devidos fins de direito, que as informações acima fornecidas são verdadeiras, e que estou de acordo com as disposições Estatutárias e Regimentais desta Associação, pertencendo de forma classista. Estou ciente do título de filiação e que pagarei o valor de R\$ 6,00 (seis reais) mensais, ou R\$ 50,00 (cinquenta reais) anuais em único pagamento a título de desconto, por débito automático ou via boleto bancário, podendo ser juntamente com mensalidade de Plano de Saúde ou Odontológico.

Optei por R\$ 50,00 (cinquenta reais) anuais Optei por Valor mensal de R\$ 6,00 (seis reais).

Estou ciente que a minha aprovação junto a esta associação segue normas estatutárias, podendo assim ter a **ASSOCIAÇÃO dos MINISTROS de CULTO, MISSIONÁRIOS, TEÓLOGOS e PROFISSIONAIS ASSEMBLHADOS**, denominada **AMCMTPA – ROSA DE SARON**, o direito de recusar a minha associação.

Estou ciente que meu ingresso aos benefícios através da **ASSOCIAÇÃO dos MINISTROS de CULTO, MISSIONÁRIOS, TEÓLOGOS e PROFISSIONAIS ASSEMBLHADOS**, denominada **AMCMTPA – ROSA DE SARON**, depende da aprovação da mesma.

Estou ciente que caso seja aprovado minha filiação junto a **ASSOCIAÇÃO dos MINISTROS de CULTO, MISSIONÁRIOS, TEÓLOGOS e PROFISSIONAIS ASSEMBLHADOS**, denominada **AMCMTPA – ROSA DE SARON**, que poderei perder ou ser excluído da associação por inadimplência da taxa mensal associativa, assim perdendo também os direitos aos Benefícios oferecidos (Plano de Saúde, Odontológico, descontos junto a parceiros, etc..)

2. Uso Interno para Aprovação **ASSOCIAÇÃO dos MINISTROS de CULTO, MISSIONÁRIOS, TEÓLOGOS e PROFISSIONAIS ASSEMBLHADOS**, denominada **AMCMTPA – ROSA DE SARON**
USO INTERNO

SETOR ELEGIBILIDADE DO ASSOCIADO

Nome:	CPF:
Assinatura	Cód. Do Avaliador

