

Data de Inscrição:

PROPOSTA DE FILIAÇÃO
A.N.C.E.- Associação Nacional de Capacitação
E Desenvolvimento Cultural dos Estudantes.

() ACEITO
() RECUSADO

Nº

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 à **A.N.C.E.- Associação Nacional de Capacitação E Desenvolvimento Cultural dos Estudantes**, 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\$ 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, assim como em demais serviços contratados junto a esta Associação.

Optei por R\$ 50,00 (cinquenta reais) anuais

Estou ciente que a minha aprovação junto a esta associação segue normas estatutárias, podendo assim ter à **A.N.C.E.- Associação Nacional de Capacitação E Desenvolvimento Cultural dos Estudantes**, o direito de recusar a minha associação.

Estou ciente que meu ingresso aos benefícios através da **A.N.C.E.- Associação Nacional de Capacitação E Desenvolvimento Cultural dos Estudantes**, depende da aprovação da mesma.

Estou ciente que caso seja aprovado minha filiação junto à **A.N.C.E.- Associação Nacional de Capacitação E Desenvolvimento Cultural dos Estudantes**, que poderei perder ou ser excluído da associação por inadimplência da taxa anual associativa, assim perdendo também os direitos aos Benefícios oferecidos (Plano de Saúde, Odontológico, descontos junto a parceiros, etc..)

_____, ____ de _____ de 2.02__

Assinatura (Proponente Associado Titular)

USO INTERNO

2. Uso Interno para **A.N.C.E.- Associação Nacional de Capacitação E Desenvolvimento Cultural dos Estudantes**

SETOR ELEGIBILIDADE DO ASSOCIADO

Nome:	CPF:
Assinatura	Cód. Do Avaliador