



FICHA DE INSCRIÇÃO DE ASSOCIADO

() Aposentado () Pensionista () Outros: _____

MATRÍCULA: _____		
Data Nascimento: ____/____/____		Data Aposentadoria: ____/____/____
Nome: _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____	Cidade: _____	Estado: _____
CEP: _____	E-mail: _____	
Fone residencial: _____		Celular/WhatsApp: _____
Nome Pai: _____		
Nome Mãe: _____		
CPF: _____	RG: _____	
Estado Civil: _____	Cônjuge () Beneficiário Funcef () Nome: _____	

Pelo presente, autorizo a FUNCEF a proceder ao desconto da mensalidade social, definida pela diretoria da Associação, hoje, em R\$ 44,00 (quarenta e quatro) em favor dessa AEAP/PE, a partir do mês de ____/____/20____.

Autorizo que a AEAP/PE inclua e integre meus dados pessoais no Banco de Dados da Associação, podendo ser compartilhado, apenas para atender às finalidades específicas dessa Associação, contidas no seu Estatuto, Regimentos e Regulamentos e/ou em Assembleias, assim como me comprometo a não compartilhar dados da AEAP/PE, tudo observado a lei 13.709/2018 (LGPD) e me comprometo em atualizar meus dados, sempre que houver alterações e for pertinente.

ASSOCIADO QUE INDICOU : _____

Recife, ____ de ____ de 20____

Associado

Providências AEAP/PE:

() Boas Vindas () Envio FUNCEF () Cadastro () Google Groups () Aniversario () E-mail () WhatsApp