



ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENCIONISTA DE GUARULHOS

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome Completo: _____

RG: _____ CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Nº _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Est.: _____

Tel. Residencial: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____

Solicito minha filiação na AAPEMIG para usufruir dos benefícios da Entidade (Plano Coletivo por Adesão do HBC Saúde) e estou ciente da cobrança mensalmente do valor associativo.

Local e data: _____ de _____ de 20____

Assinatura Titular


Assinatura do Presidente da Entidade



ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENCIONISTA DE GUARULHOS

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome Completo: _____

RG: _____ CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Nº _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Est.: _____

Tel. Residencial: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____

Solicito minha filiação na AAPEMIG para usufruir dos benefícios da Entidade (Plano Coletivo por Adesão do HBC Saúde) e estou ciente da cobrança mensalmente do valor associativo.

Local e data: _____ de _____ de 20____

Assinatura do Titular


Assinatura do Presidente da Entidade