



ASSOCIAÇÃO ESTUDANTIL DAS ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DE SÃO PAULO

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 **AEPESP** 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 (Associado)

  
Assinatura do Presidente da Entidade



ASSOCIAÇÃO ESTUDANTIL DAS ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DE SÃO PAULO

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 **AEPESP** 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 (Associado)

  
Assinatura do Presidente da Entidade