



Associação dos Funcionários e Sócios do Comércio Varejista e Lojista do Brasil

ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS E SÓCIOS DO COMÉRCIO VAREJISTA E LOJISTA DO BRASIL

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 **AFSCOB** 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 Funcionários e Sócios do Comércio Varejista e Lojista do Brasil

ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS E SÓCIOS DO COMÉRCIO VAREJISTA E LOJISTA DO BRASIL

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 **AFSCOB** 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