

CADASTRO DE SÓCIO

DADOS PESSOAIS

NOME: _____

NATURALIDADE: _____ ESTADO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ ESTADO CIVIL: _____

RG : _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ TEL. P/ CONTATO: _____

CELULAR: _____ E-MAIL: _____

DADOS PROFISSIONAIS

MATRICULA: _____

LOTAÇÃO: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____

DADOS BANCÁRIOS

AGÊNCIA: _____ OP: _____ CONTA: _____

Dependentes: cônjuge, filhos(as), pai, mãe, sogro e sogra. Os nomes e os documentos dos dependentes (RG de todos e certidão de casamento/união estável se tiver cônjuge) devem ser enviados para o WhatsApp (85) 98148.4100 ou para o email: apcefce@apcefce.org.br.

Solicito a minha inclusão no quadro de associados da APCEF/CE. Autorizo o desconto da rubrica 4771 (mensalidade APCEF) em folha de pagamento e/ou débito em minha conta corrente, para credito a favor da APCEF - Associação do Pessoal da CEF/CE.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura