APAS PIRACICABA

Sociedade sem fins lucrativos - Fundada em 28/04/94
Destinada a otimizar a Assistência Médica - Hospitalar aos associados e seus dependentes

PROPOSTA DE ADMISSÃO COMO SÓCIO CONTRIBUINTE DA APAS PIRACICABA Nº MATRÍCULA_____

A Diretoria da APAS Piracicaba.

Desejando ser admitido como sócio contribuinte da APAS de Piracicaba, dela recebendo a assistência a que se destina praticar, declaro estar de acordo com o estabelecido no Estatuto e Regimento Interno da Associação, propondo-me a contribuir mensalmente com o valor de Tabela por Faixa Etária, estabelecida pela Direção da APAS Piracicaba.

Declaro que as informações pessoais abaixo descritas são verdadeiras, assumindo inteira responsabilidade pelas mesmas.

Nome do Titular:		
Data de Nascimento:	**Estado Civil:**	
RE/Benefício:	(**X**) Ativo PM ( ) Inativo PM ( ) Pensionista	
RG:	**CPF:**	**Funcional:**
Graduação:		
PIS/PASEP:		
Título de Eleitor:	**Zona:** **Sessão:**	
Forma de Cobrança: (**X**) Holerite	() Débito Automático	( ) Boleto
Banco:	**Agência:**	**Conta Corrente:**
Endereço:		
Nº:	**Complemento:**	
Bairro:	**Cidade:**	**CEP**:
Telefone Residencial:	**Celular:**	
E-mail:		
Unidade que serve:	**Telefone:**	
Indicação:		
Opção de Plano: Enfermaria - 9039		

Dados dos Dependentes

NOME	Data Nasc.	SEXO	CPF	PARENTESCO

Piracicaba, 01 de novembro de 2023.

_____
Nome do titular