



Proposta Associativa

NOME COMPLETO: _____ CPF: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ TELEFONE: () _____

E-MAIL: _____ DATA NASC: __/__/__ RG: _____

Solicito a minha inclusão e dos meus dados pessoais no cadastro da AFENAFUP – Associação Federativa Nacional dos Funcionários Públicos inscrita no CNPJ sob nº 19.055.127/0001-36. Declaro estar ciente que a AFENAFUP é uma entidade de funcionários públicos sem fins lucrativos e que minha contribuição mensal visa à manutenção da entidade, bem como possibilita a utilização dos benefícios proporcionados pelos convênios celebrados pela AFENAFUP. Sou responsável pela veracidade das declarações e informações acima prestadas e declaro que sou funcionário público federal, estadual e/ou municipal.

Estou ciente que não tenho direito a voto nem ser votado para qualquer cargo de entidade.

Concordo com a Cobrança da Contribuição Associativa no Valor de R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por mês.

Cópia do RG, CPF, comprovante de residência, contracheque ou registro CLT.

Assinatura do Associado

Rio, __/__/__



Diretoria Executiva

1° Via - Entidade | 2° Via - Administradora | 3° - Cliente