

Ficha de Associação

Data de associação: _____

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Função: _____

Tipo de Designação: _____

Data de Designação: ____/____/____

E-mail: _____

E-mail que deseja receber os boletos: _____

Telefone: (____) _____ WhatsApp: (____) _____

Tabelionato: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado: _____ CEP: _____

Valor de contribuição (escolha a sua contribuição):

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> R\$ 70,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 80,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 90,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 100,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 150,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 200,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 250,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 300,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 350,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 400,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 450,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 500,00 |

Assinatura: _____