



Associação dos Oficiais
do Corpo de Bombeiros
Militar do Distrito Federal
ASSOFBM

FICHA DE FILIAÇÃO

| | | |
|--------------------|--------------|-----|
| Nome | | |
| Matrícula | SIAPE | |
| Nome da mãe | | |
| Nome do pai | | |
| Identidade | Órg. Exp. | CPF |
| Nacionalidade | Naturalidade | |
| Data de nascimento | Estado Civil | |
| End. residencial | | |
| Cidade/UF | CEP | |
| Profissão | Posto/Função | |
| End. funcional | Telefone | |
| E-mail | | |

O proposto deseja ser admitido como sócio da ASSOFBM, nos termos das normas para funcionamento em vigor, cujas disposições declara respeitar, confirmando as informações acima exaradas. Autoriza ainda, que o desconto da mensalidade seja efetuado através de folha de pagamento (SIAPE), débito em conta corrente BRB, ou na impossibilidade dos mesmos, será através de Boleto Bancário.

ASSOFBM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

_____, _____ (Posto/Graduação)

Matrícula nº _____ RG nº _____

Ag. _____ Conta Corrente _____ Banco _____

AUTORIZO a ASSOFBM a efetuar o desconto em minha conta corrente através de débito em conta bancária, por meio do Banco BRB ou folha de pagamento SIAPE e/ou boleto bancário, a importância de R\$ 100,00 (cem reais) a título de mensalidade, em favor de ASSOFBM - ASSOCIAÇÃO DOS OFICIAIS DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL.

Brasília-DF _____ de _____ de _____

Assinatura