

## FICHA DE FILIAÇÃO

Nome:			Nascimento:		RG:		
CPF ou PIS:		Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado Civil:		Estudante:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Faculdade / Escola:		Curso:		Profissão:			
Entidade de Classe:		Nº de registro:		Endereço para correspondência:			
Bairro:		CEP:		Cidade:		UF:	
E-mail:		DDD		Telefone:		Celular:	

Solicito minha filiação a ABRACEM e declaro para os devidos fins de direito, que as informações acima fornecidas são verdadeiras. Estou ciente do título de inscrição na associação e que, mensalmente é cobrado o valor de R\$ 5,50 (Cinco e cinquenta) referente à mensalidade da Contribuição Associativa.

Os direitos do Associado Voluntário são limitados à utilização dos benefícios oferecidos pela ABRACEM, ou concedidos a critério da sua Diretoria; não tendo direito a requerer convocação, votar ou ser votado nas Assembléias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da Entidade;

O não pagamento da contribuição associativa anual implicará na minha suspensão do quadro associativo da Entidade;

O meu desligamento do quadro associativo da Entidade acarretará a perda da condição dos benefícios ofertados pela ABRACEM.

Assinatura

Data