

SANTA CRUZ DO SUL - RS

Ficha-Proposta

para admissão ao Quadro Social da AABB

Nome:		Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
OBS.: Associado de qualquer categoria, que não possua dependentes, pode ser enquadrado na modalidade INDIVIDUAL (neste caso, assinalar a categoria a que pertence e também "Individual").	Categoria <input type="checkbox"/> EFETIVO (Func. BB, ativo ou aposentado, ou pensionista)		<input type="checkbox"/> Comunitário
	<input type="checkbox"/> Atleta	<input type="checkbox"/> Individual (sem dependentes)	
		<input type="checkbox"/> Correspondente	
É ex-dependente (com mais de 24 anos) de associado Efetivo?		<input type="checkbox"/> Sim	De quem? <input type="checkbox"/> Não
Endereço (Rua, Av. etc.)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
N.º da carteira	(não preencher)	Data de admissão	Data de Nascimento
Est. civil	CPF	RG	Órgão Exp.
Natural de:	Tel. Res.	Tel. Com.	Celular
E-mail		Prof.	Empresa
Nome do Pai		Nome da Mãe	
Status	(não preencher)	Data do cadastro	(não preencher)
Início do Pagamento		(não preencher)	
Forma de Pagamento <input type="checkbox"/> Débito em Conta (somente BB) <input type="checkbox"/> Boleto		Banco	Agência
		Conta n.º	
O pagamento será feito por:		Se por Empresa ou Terceiro (somente conta BB):	
<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Empresa	<input type="checkbox"/> Terceiro	Nome
		Agência e conta /	
Identificador	(não preencher)	RG	CPF/CNPJ

AUTORIZAÇÃO: (quando o débito for efetuado em conta que NÃO SEJA a do PROPOSTO)

AUTORIZO o débito do valor da mensalidade e demais gastos na Economia da AABB, em minha conta corrente acima especificada.

(assinatura do titular da conta a ser debitada)

DEPENDENTES:

Nome	Telefone	E-mail	Parentesco	Dt.nascimento

Observações:

DECLARAÇÃO:

DECLARO, para todos os efeitos legais, que LI, TENHO CONHECIMENTO e CONCORDO com toda normatização prevista no Estatuto, Regimentos Internos, Regulamento de Eleições e demais orientações da Diretoria da AABB, COMPROMETENDO-ME a repassar todas estas orientações a meus dependentes. (site para consulta: www.aabbsantacruzdosul.aabb.com.br)

DÉBITO DA MENSALIDADE: O proposto autoriza o débito mensal, em sua conta corrente n.º _____ no Banco do Brasil S.A., Agência de _____ prefixo: _____, do valor da mensalidade definido pela Diretoria e de acordo com a categoria social em que se enquadra. Além da mensalidade autoriza debitar, também, na mesma agência e conta, e no mesmo mês, eventuais despesas efetuadas junto à Economia da Associação.

TAXA DE ADESÃO: O pagamento da Taxa de Adesão, quando couber (**dispensada no caso de funcionário efetivo ou ex-dependente ou pensionista**), poderá ser feito em até duas parcelas

DESPESAS DE CHEQUE-CONVÊNIO (exclusivamente para associado EFETIVO): O proposto autoriza o débito na mesma conta corrente acima descrita (ou aquela indicada em caso de alteração), das despesas mensais efetuadas através de "cheques-convênio" próprio e seus dependentes. Declara ainda, para todos os fins legais, por si e por seus dependentes autorizados, estar ciente da responsabilidade pela guarda e manutenção de talões do cheque-convênio em seu poder, e pela manutenção de provisão de saldo na conta corrente, para os débitos das compras / despesas efetuadas pelo próprio e seus dependentes expressamente indicados

CONFECÇÃO DE CARTEIRAS SOCIAIS: 01 (uma) foto 3x4 do proposto e de cada dependente maior de 07 anos.

OBS.: DECLARO-ME ciente de que, caso venha a solicitar REINCLUSÃO no quadro de Associados dessa AABB, deverei observar as regras para retorno, quais sejam: se a volta ocorrer antes de passado 01 (hum) ano do pedido de exclusão, deverei pagar (com correção) as mensalidades referentes aos meses em que estive desligado; se tal período for superior a 12 (doze) meses, a REINCLUSÃO se dará somente com o pagamento de nova taxa de adesão.

Assinatura do Proposto

PARA USO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO:

Aprovado em ____ / ____ / ____

Valor da mensalidade inicial: _____

Forma de pagamento da taxa de adesão (quando for o caso): _____

Declaração de recebimento das carteiras sociais

DECLARO ter recebido, nesta data, as carteiras sociais minha e de meus dependentes

as quais me comprometo a devolver no caso de desligamento da Associação.

Santa Cruz do Sul – RS, ____ de _____ de 20____

(assinatura do Proposto)

Pedido de EXCLUSÃO do Quadro de Associados

Solicito minha exclusão definitiva do quadro de Associados da AABB Santa Cruz do Sul, a partir desta data, pelo(s) motivo(s) abaixo:

MOTIVO(S): _____

Santa Cruz do Sul (RS), ____ de _____ de 20____

(assinatura)

É indispensável a devolução da(s) carteira(s) social(ais) no caso de desligamento do quadro social.