

SANTA CRUZ DO SUL - RS

Ficha-Proposta

para admissão ao Quadro Social da AABB

| | | | | | |
|---|------|--|--|--|--|
| NOME: | | | | Sexo () Masc. () Fem. | |
| TIPO DE ASSOCIAÇÃO: | | | FAMÍLIA | | INDIVIDUAL |
| OBS.: Todos os dados fornecidos nesta ficha são protegidos pela Lei Geral de Proteção de Dados, você pode conferir o termo de compromisso em nosso site: https://santacruzdosul.aabb.com.br/politica-de-privacidade-da-aabb-santa-cruz-do-sul/ | | | <input type="checkbox"/> EFETIVO (Func. BB, ativo ou aposentado, ou pensionista) | | <input type="checkbox"/> EFETIVO (Func. BB, ativo ou aposentado, ou pensionista) |
| | | | <input type="checkbox"/> Comunitário | | <input type="checkbox"/> Comunitário |
| | | | <input type="checkbox"/> Escolinha de Futebol | | <input type="checkbox"/> Escolinha de Futebol |
| | | | <input type="checkbox"/> Atleta | | <input type="checkbox"/> Atleta |
| | | | <input type="checkbox"/> Correspondente | | <input type="checkbox"/> Correspondente |
| | | | <input type="checkbox"/> Convênio OAB | | <input type="checkbox"/> Convênio OAB |
| | | | <input type="checkbox"/> Convênio AFUNISC | | <input type="checkbox"/> Convênio AFUNISC |
| | | | <input type="checkbox"/> Convênio Prefeitura | | <input type="checkbox"/> Convênio Prefeitura |
| | | | <input type="checkbox"/> Convênio FUSERGS | | <input type="checkbox"/> Convênio FUSERGS |
| É indicação de algum associado? () Sim De quem? | | | () Não | | |
| Endereço (Rua, Av. etc.): | | | Número: | Complemento | |
| Bairro: | | Cidade: | | UF: | CEP: |
| Est. Civil: | CPF: | | RG: | | Órgão Exp. |
| Data de Nascimento | | | E-mail: | | |
| Natural de: | | Tel. Res. | Tel. Com.: | Celular: | |
| AUTORIZO inclusão do meu número de celular no grupo de comunicados da AABB no WhatsApp para o envio de notícias/comunicados do clube: | | | | SIM () | NÃO () |
| Profissão: | | | Empresa: | | |
| FORMA DE PAGAMENTO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Débito em Conta (somente BB / Dia 20) | | *Colocar agência e conta nas observações | | <input type="checkbox"/> Desconto em Folha (somente convênio Prefeitura) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Cartão de Crédito (Crédito recorrente/assinatura) | |

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.santacruzdosul.aabb.com.br)

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

Assinatura do Titular/Responsável pelas informações