



**ASSOCIAÇÃO DOS SUBTENENTES E
SARGENTOS DA POLÍCIA MILITAR
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

PROPOSTA DE ASSOCIADO

REGIONAL _____

MILITAR PENSIONISTA CIVIL AFINIDADE

DADOS PESSOAIS

NOME			DATA DE NASCIMENTO	
RE/MATRICULA (informe o dígito) _____			POSTO/GRADUAÇÃO	TELEFONE
ENDEREÇO				
BAIRRO		CIDADE		CEP
BANCO		AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	
CPF (obrigatório)		RG	UNIDADE	
E-MAIL			DDD	CELULAR

CONCORDO COM OS TERMOS ESTATUTÁRIOS, AUTORIZANDO A MINHA INCLUSÃO COMO SÓCIO E O DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL EM MEUS VENCIMENTOS OU DÉBITO EM CONTA CORRENTE.

_____, _____ DE _____ DE _____

associado	_____	apresentante	_____
	ASSINATURA		ASSINATURA
	_____		_____
			RE OU MATRÍCULA

DEPENDENTES

nome _____	data nascimento _____/_____/_____	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros
nome _____	data nascimento _____/_____/_____	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros
nome _____	data nascimento _____/_____/_____	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros
nome _____	data nascimento _____/_____/_____	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros
nome _____	data nascimento _____/_____/_____	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros