

01 NOME:

02 CPF:

03 LOCAL DE TRABALHO:

04 ESPECIF. DE CARGO:

05 SINDICATO:

06 DT NASC:

07 SEXO: M ( ) F ( )

08 INSTRUÇÃO:

09 NATURALIDADE:

10 UF:

11 MÃE:

12 IDENT.:

13 EMISSÃO: / /

14 ÓRGÃO:

15 T. SERVIÇO:

16 ESTADO CIVIL:

17 DEPENDENTES:

18 RENDA BRUTA :

19 FGTS:

20 RENDA LÍQUIDA:

21 RUA/AV.:

22 Nº:

23 COMPL :

24 BAIRRO:

25 MUNICÍPIO:

26 ESTADO:

27 TELEFONES:

28 WSAP:

29 FACE:

30 E-MAIL:

31 INSTAGRAM:

32 ESCOLHA DO PLANO GRATUITO: ( ) REDE SAÚDE ( ) MELHOR.ÁÍ

O futuro associado deverá preencher esta ficha, assinar, escanear e enviar juntamente com cópia de sua identidade frente e verso e o comprovante da primeira mensalidade. E-MAIL: contato@aspbdobrasil.com.br. Nos (três) primeiros meses, já como sócio, o pagamento de sua mensalidade deverá ser efetuado via cartão de crédito, cartão de débito ou boleto bancário, Pix. As mensalidades só serão debitadas em contracheque (consignadas) após este período. Caso a averbação não seja liberada em seu Estado ou Município, renovaremos a assinatura dessa afiliação por mais 06 meses, no modelo atual. A primeira mensalidade da ASSOCIAÇÃO é considerada taxa de adesão, cobrada no ato da mesma, ficando sempre as demais parcelas a vencer a partir do dia 01 do mês seguinte ou na data de recebimento dos Vencimentos do associado.

Através da presente ficha de adesão de Associado, eu, já na condição de ASSOCIADO(A) ASPB-FEM, aqui denominado (a) como TITULAR, venho por meio deste, autorizar que as empresas parceiras e fornecedoras de serviços a ASPB-FEM, conforme contrato entre as partes, aqui denominadas como ORGANIZAÇÕES PARCEIRAS ASPB-FEM, em razão dos contratos de trabalho, disponham dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018 para fins de comunicação e informação dos benefícios, produtos e atividades da associação, de meu interesse.

**AUTORIZAÇÃO** - Autorizo a debitar de minha conta salário o valor da tabela especifica referente ao valor da minha contribuição + correções futuras que me serão avisadas anualmente em favor da Associação dos Servidores Públicos Federais, Estaduais e Municipais do Brasil ASPB-FEM, quando for essa a forma de pagamento de associado.

33 DATA: / /

34 ASSINATURA:

35 Empresa Captadora: