

**P R O P O S T A / F IC H A C A D A S T R A L / 2017**

Desejando participar das atividades da ADESBAM, submeto a presente proposta à apreciação, sujeitando-me a cumprir todos os dispositivos estatutários da Associação, em especial no que diz respeito ao pagamento da mensalidade, bem como de eventuais taxas e outros encargos decorrentes de minha participação e/ou de meus dependentes em serviços prestados por terceiros e administrados pela Adesbam. Para o efeito, autorizo a cobrança dos valores devidos, conforme opção que manifesto no item “Forma de Pagamento” abaixo. **site:** [**www.adesbam.com.br**](http://www.adesbam.com.br/) **/ email:** [**adesbam@adesbam.com.br**](mailto:adesbam@adesbam.com.br)

**NOME**:...............................................................................................................................................................................................

RG ................................................................... CPF ............................................................... SEXO ( ) MASC. ( ) FEM.

ENDEREÇO:......................................................................................................................................................................................

BAIRRO:.........................................................CIDADE.................................................UF:..........CEP:..........................................

FONE...........................................EST.CIVIL................. NASC.: ........ /......../.......... E MAIL: ......................................................

## FORMA DE PAGAMENTO

**Autorizo o pagamento dos valores devidos à Adesbam através de:**

( ) Débito em conta-corrente no Banco (código) ............., código da ag............. cta.nº................................................................

## (somente Santander, Banco do Brasil e Banrisul)

( ) Boleto bancário ( ) Tesouraria da Associação

## EMPRESA ONDE TRABALHA ATUALMENTE

NOME :............................................................................................................................................................. (se autônomo, citar)

ENDEREÇO.......................................................................................................................................................................................

CIDADE....................................UF........... CEP...................... FONE....................................EM AIL..............................................

**DEPENDENTES Somente esposo(a)/companheiro(a) e filhos(as)/enteados(as) até 18 anos**

Nome Grau de parentesco Nascimento

........................................................................................................................ ..................................... ........./............/.........

........................................................................................................................ ..................................... ......../............/..........

........................................................................................................................ ..................................... ......../............/..........

......................................................................................................................... ..................................... ......../............/..........

......................................................................................................................... ..................................... ......../............/..........

DATA: ........./............./........... Assinatura ......................................................................................................................................

# DOCUMENTAÇÃO P/ ENTREGAR NO ATO DA INSCRIÇÃO (cópias):

* **TITULAR:**
* **RG - CPF - Comp. Residência - Foto 3x4 (ou virtual) p/ carteira social**
  + **DEPENDENTES:**
* **Cert. Nascimento ou RG dos filhos(as) ou enteados(as) menores de 18 anos;**
* **RG esposo(a) ou companheiro(a) – Cert. Casamento ou União Estável**
* **Foto 3x4 (ou virtual) de cada um acima de 06 anos p/ carteira social**

**TAXAS P/ PAGAR NO ATO DA INSCRIÇÃO (50% à vista + 50% 30d. cartão ou cheque):**

# Taxa de adesão e primeiras 06 (seis) mensalidades no valor total de R$ \_\_\_\_\_,00.

* **Taxa de R$6,00 p/ pessoa para confecção da carteira social. Crianças até 06 anos não precisam da carteira social.**
* **Taxa Utilização das Piscinas CL Porto Alegre (por pessoa): R$12,00 por dia ou R$45,00 por mês ou R$55,00 pela temporada (dez/2017 a mar/2018). Crianças até 06 anos são isentas.**