

Porto Alegre, de de 20 .

NOME DO ASSOCIADO: COD. SÓCIO

Autorizo o débito recorrente em meu cartão de credito, do(s) valor(es) devido(s) do(s) convênio(s) que possuo através desta Associação, na data de vencimento, dia 30 de cada mês e me Responsabilizo pela entrega deste documento junto com Cópia do cartão e Documento de Identidade

Dados Bancários:

Titular da Conta: CPF

Bandeira:

Nº do Cartão ­­­

* Vencimentos em sábados, domingos ou feriados, serão automaticamente debitados no próximo dia útil.
* Alterações quanto à forma de pagamento deverão ser solicitadas até o dia 10 de cada mês.
* No caso de ocorrerem problemas de transmissão bancária da parte da Adesbam, saldo insuficiente ou conta corrente incorreta, os débitos poderão ser efetuados nos próximos vencimentos, sem aviso prévio.

Assinatura do titular:

Rua Dr. Mário Totta, 108 Tristeza Porto Alegre/RS CEP 91920-130 Tel.: (51) 3211 4666 CNPJ 91.691.220/0001-64 Inscr Estadual Isento E-mail: [adesbam@adesbam.com.br](mailto:adesbam@adesbam.com.br)