



ASFARN

Associação dos Auditores Fiscais do Tesouro Estadual do RN

FICHA DE FILIAÇÃO

Filiado à:



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE FISCALIS DE TRIBUTOS ESTADUAIS

FICHA DE:	() FILIAÇÃO	() RECADASTRAMENTO
ASSOCIADO EFETIVO ()	ASSOCIADO CONTRIBUINTE ()	

NOME:				CPF:	
				ESTADO CIVIL:	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	IDENTIDADE	ORGÃO EXPEDITOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO: _/_/___	
NATURALIDADE			E-MAIL		
ENDEREÇO				BAIRRO	
CIDADE	UF	CEP	TELEFONE	CELULAR (84)	
MATRÍCULA	NÍVEL		LOTAÇÃO	SETOR	
SITUAÇÃO FUNCIONAL:	ATIVO ()		APOSENTADO ()		PENSIONISTA ()
DATA DE INGRESSO NO ESTADO:			DATA DE ASSOCIAÇÃO:		

DESEJA A INCLUSÃO EM QUAIS SERVIÇOS? :					
	MENSALIDADE		PLANO DE SAÚDE	OUTROS:	
	PECÚLIO		PLANO ODONTOLÓGICO		

POSSUI DEPENDENTES? () SIM. QUANTOS? ()	() NÃO
---	---------

- Caso possua dependentes, favor observar as fichas anexas.

- Autorizo que a ASFARN promova o lançamento via débito automático em minha conta de número _____, agência _____, Banco _____, corrente bancária para quitar os valores correspondentes aos serviços associativos escolhidos por mim neste documento.

- Autorizo a Asfarn enviar via whatsapp e e-mail acima informados, qualquer informação e documentos do meu interesse.

- Declaro-me ciente de minha obrigação em comunicar imediatamente à Asfarn qualquer mudança nos meus dados cadastrais, especialmente endereço, telefone e e-mail; reputando-se como devidamente válida e recebida toda e qualquer comunicação ou notificação extrajudicial, seja via e-mail, whatsapp e endereço física, nos dados cadastrais atuais.

NATAL, ____ de _____ de 20__.

ASSINATURA DO ASSOCIADO

PRESIDENTE

SECRETÁRIO

Rua Dr. José Augusto Bezerra de Medeiros, 8 Praia do Meio - Natal - Cep 59014-075

Fone: (84) 3206-5756. Site: asfarn.com.br

E-mail: asfarn@asfarn.com.br