

**ASFARN**Associação dos Auditores Fiscais
do Tesouro Estadual do RN

FICHA DE FILIAÇÃO



FICHA DE:	() FILIAÇÃO	() RECADASTRAMENTO
1) ASSOCIADO EFETIVO ()	2) ASSOCIADO CONTRIBUINTE ()	3) DEPENDENTE ()

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

• TEVE INDICAÇÃO DE ALGUÉM: (NÃO) - (SIM): _____

- () **DÉBITO EM CONTA CORRENTE DO BANCO DO BRASIL:** autorizo que a ASFARN promova o lançamento em minha conta corrente do BANCO DO BRASIL nº: _____ agência _____ para cobranças relativas aos serviços associativos dos quais sou usuário.

- () **BOLETO BANCÁRIO:** Faço opção por receber as cobranças dos serviços associativos através do Boleto Bancário, a ser recebido através dos contatos (whatsapp / email) acima indicados, os quais podem ser retirados também pelo site e Aplicativo da ASFARN.

* Declaro-me ciente de minha obrigação em comunicar imediatamente à Asfarn qualquer mudança nos meus dados cadastrais, especialmente endereço, telefone/whastapp e e-mail; ficando a associação desobrigada de promover qualquer notificação extrajudicial ou comunicado para mim, se tais atualizações não forem tempestivamente informadas.

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

NATAL-RN, ____ de ____ de ____.

ASSOCIADO

PRESIDENTE ASFARN

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

Fone/Zap: (84) 3206-5756 / 9-8726-6599

www.asfarn.com.br - E-mail: asfarn@asfarn.com.br