



Senhor Presidente e Senhores Diretores da

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS SERVIDORES PÚBLICOS

Rua Xavier de Toledo, 71 salas 710 / 720 – Centro – São Paulo CEP: 01048-100
Site: www.apasp.com.br / E-mail: atendimento@apasp.com.br
Telefax.: (11) 3106-2604 Tel: (11) 3151-4715

FICHA ASSOCIATIVA

CADASTRO TITULAR: (PREENCHIMENTO OBRIGATORIO)

Nome: _____
Endereço: _____ n.º _____ Compl. _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____
CEP: _____ Tel. Res.: () _____ cel.: () _____
Data de nascimento: ____/____/____ Natural de: _____ Estado _____
Estado civil: _____ E-mail: _____
CPF: _____ R.G.: _____ MAT/RS _____

LOCAL DE TRABALHO:

Endereço: _____ n.º _____ Compl. _____

Telefone: () _____

FUNCIONÁRIO: () estadual () municipal () federal () autarquia () empresa mista
() sócio contribuinte

DEPENDENTES:

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

FILIAÇÃO:

PAI: _____
MÃE: _____

Solicito minha inclusão no quadro associativo da **APASP Associação Paulista dos Servidores Públicos**.

Tenho ciência e reconheço que a eventual aceitação do meu contrato de adesão à proposta n.º _____, refere-se ao plano de saúde e odontológico por adesão **APASP**, destinado única e exclusivamente aos sócios e seus respectivos dependentes.

Tenho ciência também que minha permanência no referido Plano de Adesão esta vinculada a minha condição de associado da **APASP**, e que pagarei mensalmente a taxa associativa no valor de **R\$** _____

Matricula n.º _____ São Paulo, ____ de _____ de _____

Aceito na reunião de
____/____/____

_____ assinatura

Proposto por:

Secretario

R.G. n.º _____