



FORMULÁRIO DE ASSOCIAÇÃO NA APEFRS

IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo:			
Data de Nascimento:		CPF:	
Endereço:		Nº:	Bloco: Apto:
Bairro:		Cidade:	
UF:	CEP:	Celular: ()	
E-mail:			

DADOS ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS (exclusivo para Educação Física) (anexar imagem do diploma de graduação ou comprovante de matrícula atual)

<input type="checkbox"/> Acadêmico	<input type="checkbox"/> Profissional	<input type="checkbox"/> Profissional Aposentado
Instituição de ensino onde estuda ou se graduou:		
Ano de Ingresso:	Ano de conclusão:	
Registrado no CREF? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Nº:		

FORMAS DE PAGAMENTO

1. Desconto em folha (professores da Rede Pública Estadual)

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DO TESOIRO DO ESTADO (CTE)* (apenas para professores da rede pública estadual)

Eu, professor (a)

com matrícula no Tesouro do Estado nº

com código de autenticidade nº

referente ao mês de _____, pelo presente Termo de Compromisso autorizo o desconto em folha da importância relativa à mensalidade da APEFRS – Associação dos Profissionais de Educação Física do RS.

2. Transferência ou depósito bancário a favor de APEFRS

Banco Banrisul Ag. 0050 Conta 06.038437.0-9 CNPJ 87382214/0001-58

Contribuição: Anuidade R\$ 96,00

AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE BOLETO

Eu,

CPF Nº _____ autorizo a APEFRS a emitir boletos de cobrança pela rede bancária de sua conveniência, referentes às próximas anuidades, conforme a condição vigente ou acordada.

Data:

Assinatura: