



PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

Foto
2x2 ou
3x4

| | |
|---------------------|-------------|
| EMPREGADO | |
| AGREGADO | |
| APOSENTADO | |
| ESTAGIÁRIO/APRENDIZ | |
| Venc. Contrato | ___/___/___ |

Pela presente proposta solicito minha inscrição ou dos meus agregados abaixo discriminados no quadro social da ASSOCIAÇÃO SABESP, aceitando as Normas e Regulamentos da mesma. Outrossim, fico ciente que, para cada agregado que eu vier indicar, será cobrado direto de minha conta corrente citada abaixo, o valor correspondente a taxa vigente por agregado.

Fico ciente que o período mínimo como associado e agregado é de 12 meses.

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ - _____

Filiação: Pai: _____ Mãe: _____

Naturalidade: _____ Estado: _____

Data de Nasc.: ___/___/___ Estado Civil: _____ Fone: (___) _____ - _____

End. Residencial: _____ Nº: _____

Comp.: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: □□□□□□ - □□□□

Admissão na Sabesp: ___/___/___ Cargo: _____ Unidade: _____

End. Comercial: _____ Nº: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ e-mail: _____

Fone: (___) _____ - _____ Matrícula: □□□□□□□ São Paulo, ___/___/___

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS E/ OU AGREGADOS

| Nome Completo | Data de Nasc. | Estado Civil | Parentesco |
|---------------|---------------|--------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Beneficiários são dependentes que **diretamente** estão ligados ao Titular (esposa e filhos menores de 21 anos). No caso do Titular ser solteiro, o pai e a mãe poderão ser dependentes desde que **dependam legalmente** do mesmo. Fora das situações acima, a inscrição somente poderá ser feita como **Associado Agregado**.

Agregados são somente filhos maiores de 21 anos (Não universitário) e demais graus de parentescos direto.

OBS.: Todos, independente da Categoria de beneficiário, deverão enviar uma foto (2x2 ou 3x4) para a confecção da respectiva carteirinha.

Qual o esporte que você pratica? _____



AUTORIZAÇÃO

Escolha uma das opções de pagamento:

Desconto em Holerite (todo fim de mês)

Boleto Bancário (data a ser escolhida pelo associado)

Desconto em Conta Corrente (preencher dados abaixo)

Autorizo ao BANCO _____ a descontar da minha Conta Corrente Agência: _____ - C/C n.º _____, o valor correspondente à mensalidade da ASSOCIAÇÃO SABESP, a saber que: AGREGADO todo último dia útil de cada mês. ESTAGIÁRIO E APOSENTADO NÃO GO será descontado no 5.º dia útil de cada mês. São Paulo, ___/___/___

Assinatura

Presidente da Associação Sabesp

Unidade: _____ Superintendência: _____

Matrícula Sabesp: □□□□□□□□

End. Com.: _____

Nº: _____ Fone: (___) _____ - _____