



AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM CONTA CORRENTE BANCÁRIA

Beneficiário Titular:			
Endereço:			Nº:
Complemento:		Bairro:	
Cidade:	Estado:	CEP:	
Tel. Resid:	Tel. Celular:	Tel. Trabalho:	
E-mail:			

Autorizo a **Associação dos Servidores Fiscais do Estado da Bahia – ASFEB** a descontar dos meus vencimentos mensais, a importância correspondente à mensalidade associativa e demais despesas relacionadas assumidas pela participação do beneficiário especial e dos seus dependentes abaixo relacionados: Na impossibilidade do desconto em folha de pagamento, desde já, autorizo a **ASFEB** proceder os descontos em minha Conta Corrente _____ Banco _____
Agência _____ Lote _____

Beneficiário Especial:	Cadastro:
Dependente:	Cadastro:
Dependente:	Cadastro:
Dependente:	Cadastro:

- Débito em Conta Corrente
 Boleto Bancário
 Folha de Pagamento

____ de _____ de ____

Assinatura do Titular