



## AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM CONTA CORRENTE BANCÁRIA OU FOLHA DE PAGAMENTO

Nome:			
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 , a importância correspondente à quantidade de cotas, co-participação e demais despesas relacionadas ao plano de saúde, assumidas pela minha participação e dos seus dependentes no **ASFEB SAÚDE**, na forma assinalada abaixo:

Debito em Conta Corrente

Conta Corrente  Banco  Agência  Lote

Em Folha de Pagamento

Na impossibilidade do desconto em folha de pagamento, desde já, autorizo proceder os descontos em minha Conta Corrente  Banco  Agência   
Lote

Boleto Bancário

\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proponente