



FORMULÁRIO ASSOCIADO SOCIETA

NÚMERO SÓCIO:

NOME COMPLETO:

TELEFONE PARA CONTATO:

NUMERO DE WHATSSAP:

EMAIL:

RG:

CPF:

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP:

MENSAL

BIMESTRAL

SEMESTRAL

ANUAL

☐ Ciente que os pagamentos serão através de boleto bancário.

Sorocaba, de de 2024.

Assinatura Associado

Presidente – Valdir Paezani