

AGECEF / RS
Associação dos Gestores da CAIXA
Fone / Fax: (51) 3226.1464 / 3212.4144
e-mail: agecefrs@agecefrs.org.br

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO DE MENSALIDADE

Eu, _____,
matrícula nº _____, autorizo seja debitado o valor da
mensalidade da AGECEF / RS – ASSOCIAÇÃO DOS GERENTES DA CAIXA.

Assinatura : _____

Data: ____/____/____