



## **AGECEF/RS**

Associação de Gerentes da CAIXA  
Fone / Fax: (51)3226.1464  
E-mail: agecefrs@agecefrs.org.br

### AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO DE MENSALIDADE

Eu, \_\_\_\_\_,  
matrícula nº \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ autorizo que  
seja debitado o valor da mensalidade da AGECEF / RS – ASSOCIAÇÃO DOS  
GERENTES DA CAIXA.

Assinatura : \_\_\_\_\_

DADOS DA CONTA  
AGÊNCIA:  
CONTA CORRENTE:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_