REQUERIMENTO DE FILIAÇÃO

VoX Contábil
ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA CONTABILIDADE DO OESTE DO PARÁ

Ficha nº Data: / /

Nome					
Estado Civil	Data de Nascimento	Naturalidade	RG		
			Número	Órgão Exped.	
	/ /				
CPF		CRC/Matrícula	Atuação Profissional		

Endereço Residencial					
Cidade		UF		CEP	
Local de Trabalho					
Endereço Profissional					
Cidade		UF		CEP	
Telefones					
Residencial		Trabalho		Celular	
e-mail					

Dependentes	Grau de Parentesco	Data de Nascimento

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Santarém-PA, _____de _____de_____

Asssinatura do Associado

Exemplo

Comprovante de Filiação na Associação dos Profissionais da Contabilidade do Oeste do Pará - VOX CONTÁBIL

Filiado/a em _____/_____/_____

Nome do Sócio/a _____

Assinatura Vox Contábil _____

Endereço: Trav. Luis Barbosa, 1156, Sala D **site: voxcontabil.com**

Fones (93) 99105-7888 **e-mail: associação@voxcontabil.com**