



ASSOCIAÇÃO  
NACIONAL  
DOS BANCÁRIOS

## Proposta Associativa

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

Solicito a minha inclusão e dos meus dependentes no cadastro da ANB – Associação Nacional dos Bancários, inscrita no CNPJ sob o nº 00.080.032/0001-44. Declaro estar ciente que a ANB é uma entidade dos professores sem fins econômicos e que minha contribuição mensal visa a manutenção da entidade, bem como possibilita a utilização dos benefícios proporcionados pelos convênios celebrados pela ANB. Sou responsável pela veracidade das declarações e informações acima prestadas e declaro que sou bancário (a).

Caso eu venha aderir ao plano de saúde coletivo por adesão através da entidade, solicito que a contribuição associativa seja inserida junto com a cobrança do plano solicitado.

Estou ciente que não tenho direito a voto nem ser votado para qualquer cargo da entidade.

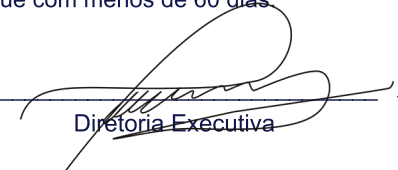
Concordo com a Contribuição Associativa no valor de R\$ 5,00 reais (cinco reais) mensal.

Cópia do RG, CPF, comprovante de residência, contrato de trabalho, registro em CLT ou contracheque com menos de 60 dias.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Associado

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

  
\_\_\_\_\_  
Diretoria Executiva

E-mail: [apoio@anb.org](mailto:apoio@anb.org)

[www.abbbrasil.com.br](http://www.abbbrasil.com.br)

(21) 96470-1758 (whatsapp)

1° Via - Entidade | 2° Via - Administradora | 3° - Cliente