

DEPARTAMENTO DE INSCRIÇÃO

SOLICITAÇÃO PARA DESMEMBRAMENTO DE PAGAMENTOS DA AMAFRESP

(O preenchimento deverá ser realizado pelo associado titular)

Eu, _____, associado(a) titular da Afresp/Amafresp, sob nº _____, venho por meio desta, solicitar o desmembramento dos pagamentos relativos a Amafresp dos dependentes/agregados(as):

equivalente ao total de _____ cota(s) Amafresp.

As cobranças relativas as **cotas Amafresp e taxa de inscrição** (se houver) dos referidos dependentes/agregados(as), deverão ocorrer através de **Boleto Bancário** em nome do(a)

Sr.(a) _____

todo 5º dia útil de cada mês, conforme autorização anexa.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do associado titular na Afresp/Amafresp

DEPARTAMENTO DE INSCRIÇÃO

AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE COTAS AMAFRESP EM NOME DE DEPENDENTE/AGREGADO ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO

(O preenchimento deverá ser realizado pelo dependente/agregado a ser desmembrado)

Eu, _____, portador do RG
_____ e do CPF _____, dependente/agregado(a) no
Serviço de Assistência à Saúde da Afresp – Amafresp do titular,
Sr.(a) _____,

me responsabilizo pelo pagamento através de Boleto Bancário das mensalidades Amafresp e taxa de inscrição (se houver), doravante por mim assumidas, e as correspondentes aos dependentes/agregados abaixo:

Outrossim, declaro que estou ciente:

- Que os pagamentos deverão ser realizados através de Boleto Bancário todo 5º dia útil de cada mês.
- Que as atribuições de cotas serão reajustadas nos termos do artigo 32 do Regulamento Amafresp, rateada mensalmente com todos os inscritos, na proporção das respectivas cotas.
- Que o não cumprimento de qualquer obrigação financeira pertinente à Amafresp, implicará em suspensão e/ou exclusão do direito à assistência médica, conforme dispõe o inciso II do parágrafo único do artigo 13, da Lei 9.656/98, e o parágrafo 1º do artigo 12 do Regulamento Amafresp.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Dependente/agregado(a)

Titular