

FICHA DE SÓCIO CONVENIADO

() ASCREA () AXXIOM
() HOSPITAL SANTA CASA () HOSPITAL MATERNIDADE SANTA FÉ
() HOSPITAL SÃO CAMILO () VIVO

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Admissão: ____/____/____ Registro: _____ CPF.: _____

Email: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____ CEP: _____ TEL: _____

Autorizo desconto em folha relativo à mensalidade da Associação Recreativa OI – ART MG.

O desligamento da Empresa que trabalho, cancela automaticamente a cota do clube e consequentemente o direito a utilizar as dependências do clube.

Para a categoria Sócio Conveniado é obrigatória a permanência por no mínimo 12 meses, em caso de desistência antes deste período, será cobrado uma multa de 50% sobre o valor agregado dos meses remanescentes.

A solicitação de cancelamento deverá ser realizada até o dia 09 de cada mês, através de e-mail ou carta de próprio punho.

Declaro que estou ciente das normas aqui impostas e descritas no Estatuto e Regulamento Interno do Clube Oi ART disponíveis o site www.oiart.com.br e dou fé das informações acima descritas sob pena da Lei.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Dependentes:

Esposo (a) : _____ Nascimento: ____/____/____

Filhos (as) Até 21 anos OU 23 anos se Universitário(a):

1- _____ Nascimento: ____/____/____

2- _____ Nascimento : ____/____/____

3- _____ Nascimento: ____/____/____

4- _____ Nascimento: ____/____/____

IMPORTANTE: Anexar 01 Foto 3X4 do Associado e de cada um dos dependentes, xerox certidão de casamento e certidão de nascimento dos filhos(as).