

(BANCO DO BRASIL E/OU BRADESCO)

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA

Nome do Filiado: _____

Masp: _____

Autorizo o banco _____ a debitar em minha conta corrente de nº _____ Agência _____, (nome e número)

o valor da contribuição mensal da FUNDAFFEMG-Fundação Affemg de Assistência e Saúde, na data correspondente ao pagamento dos Servidores Estaduais (5º dia útil do mês).

Reservo-me o direito de tornar sem efeito a presente autorização caso seja do meu interesse e que o Banco poderá adotar o mesmo procedimento, mediante aviso, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do vencimento da contribuição mensal.

Data: ____/____/____

Assinatura do Filiado: _____