CADASTRO PARA CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA

Senhor Doador, favor preencher esse cadastro e devolver preenchido para o e-mail: a.abraci.df@gmail.com

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo |  |
| RG  |  |
| CPF |  |
| Endereço |  |
| CEP |  |
| Profissão |  |
| Telefone  |  |
| E-mail |  |

**Escolha a forma de contribuição:**

( ) Depósito ou Transferência Bancária. ( ) Pagamento na Associação ( ) boleto bancário

**Valor:** 180,00

**Data para o pagamento:** até o dia 09 de cada mês.

**Dados Bancários:**

**Pix:** 13053535000172

**Transferência**

Banco BRB n 070

Agencia 0067

Conta corrente 067008661-4

**Custo do boleto bancário** R$ 4,50