



PEDIDO DE ASSINATURA DA REVISTA

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ CPF: _____

RG: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____

TELEFONE: _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____

ASSOCIADO ABCZ: () SIM () NÃO

OBS: O ASSOCIADO RECEBE GRATUITAMENTE A REVISTA, A ASSINATURA É PARA RECEBIMENTO DE EXEMPLAR EXTRA.

O VALOR DE ASSINATURA DA REVISTA ABCZ É DE R\$65,00 ANUAL, REFERENTE A (4) QUATRO EDIÇÕES ANUAIS.

R\$65,00 (SESSENTA E CINCO REAIS) EM PARCELA ÚNICA NO BOLETO BANCÁRIO.

ENDEREÇO DE COBRANÇA:

CIDADE:

UF:

CEP:

| | |
|--------------|----------------------|
| LOCAL E DATA | ASSINATURA E CARIMBO |
| | |

Declaro para os devidos fins que estou ciente do envio do boleto de cobrança para assinatura, mediante a minha confirmação de assinatura deste pedido.

OBS: A respectiva confirmação de Assinatura da Revista deverá ser enviada para o e-mail: charles.pereira@abcz.org.br A/C Charles Pereira (34) 3319-3961, com cópia dos documentos pessoais RGF e CPF.