



ASSUFERSA
ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO

FORMULÁRIO PARA EMISSÃO DE BOLETO

Nome do Associado:

CPF:

Data de nascimento:

Telefone:

E-mail:

Endereço:

CEP:

Complemento:

Cidade:

AUTORIZAÇÃO PARA EMISSÃO DO BOLETO

Eu, acima identificado autorizo a Associação dos Servidores da Universidade Federal Rural do Semi-Árido – ASSUFERSA, a emitir boleto referente ao meu débito mensalmente com Associação, acrescido do valor da tarifa pela emissão do boleto.

Data:

Assinatura: