|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO DE ASSOCIADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome** | | | | | | | | | | | | | | **Cadastro** | | **Classe** | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **Estado Civil** | | **Data Nascimento** | | | | **Naturalidade** | | | | | | **Lotação** | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **Residência** | | | | | | | | | | | | | | | Bairro | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Cidade** |  | | | | | | **Estado** | | | **CEP** | | | | | **Tel. Comercial** | | |
|  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | |
| **Tel. Residencial** | | | | **Tel. Celular** | | | | | | **R.G.** | | | | | **C.P.F.** | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |
| **Nome da mãe** | | | | | | | | | **Email SEFAZ** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Email Particular** | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data** | | **Assinatura do Auditor** | | | | | | | | **Assinatura do Presidente** | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DECLARAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Reconheço a minha direta e única responsabilidade pelo regular desconto mensal da contribuição a que me obrigo ou venha a me obrigar perante o IAF. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. O atraso de 03 (três) meses, qualquer que seja o motivo, acarretará a perda de meus direitos de filiado, obrigando-me, por isto, a recolher diretamente à tesouraria do IAF as contribuições a que estiver obrigado sob qualquer título. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Autorizo o IAF, via débito em conta ou desconto em folha de pagamento, recolher a mensalidade, o pagamento da jóia, se devida, no valor de R$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais), de acordo com a Resolução de Diretoria nº 002/2019, e outras contribuições aprovadas em Assembléia, estando de pleno acordo com as majorações de mensalidades que venham ocorrer, nos termos definidos no Estatuto. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Declaro estar de pleno acordo com o Estatuto da entidade.  5. Autorizo o compartilhamento de meus contatos de telefones e e-mail para integrantes de chapas inscritas para as eleições do IAF, bem como para escritórios de advocacia que mantenham contrato com a entidade, exclusivamente para fins de assuntos relacionados a processos judiciais dos quais faço ou venha fazer parte. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Banco** | | | | | **Nº da Agência** | | | **Díg** | | | **Nº da Conta** | | **Díg** | | **Nº Convênio no B.Brasil** | | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | |  | | **44844** | | |
| Data | | Assinatura do Auditor | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Obs.:** Assinar a ficha, a Declaração e a Autorização para débito em conta e entregar ao IAF. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE** | | | | | | |
| Autorizo o débito do valor correspondente às mensalidades e outras contribuições aprovadas em Assembléia, devidas ao **Instituto dos Auditores Fiscais do Estado da Bahia - IAF**, no banco e conta corrente abaixo. | | | | | | |
| **Nome** | | | | | **Cadastro (Identificador Especial)** | |
|  | | | | | **13.** | |
| **Nome do BANCO** | | **Nº Agência** | **Díg** | **Nº da conta** | **Díg** | **Nº Convênio no B.Brasil** |
|  | |  |  |  |  | **44844** |
| **Data** | **Assinatura do Cliente** | | | | | |
|  |  | | | | | |