



REQUISIÇÃO DE CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA AFAM ASSOCIADO

Solicito o fornecimento de um Cartão de Identificação em meu nome, _____
_____, RE: _____ e outro em nome de meu (minha) dependente:
_____, RG nº _____ estando ciente de que o presente cartão a autoriza
a debitar suas despesas nas farmácias AFAM, em minha conta corrente no estabelecimento bancário em que recebo os
vencimentos da PMESP: BANCO DO BRASIL AGÊNCIA _____ CONTA CORRENTE: _____ .

Meu endereço para correspondência é:

Av/Rua: _____, nº _____, complemento _____ Cep: _____

Bairro: _____, Cidade: _____

Prefiro receber meu(s) cartão(ões) no endereço acima.

Prefiro receber meu(s) cartão(ões) nesta farmácia.

Data: _____ / _____ / _____

Unidade AFAM:

ASSINATURA DO ASSOCIADO