



IDEAIS

**Instituto para o Desenvolvimento de Educação
e Assistência Integradas em Saúde**

Ficha de Filiação – Sócio Parceiro – Pessoa Física

Informações Pessoais

Nome:
Data Nasc.: Naturalidade: Estado Civil:
RG: CPF:
Endereço: CEP:
Bairro: Estado: País:
Cidade: Celular: ()
Telefone: ()
E-mail:

Informações Profissionais

Profissão: Atividade/ Cargo:
Empresa/ Instituição:
Endereço: CEP:
Bairro: Estado: País:
Cidade: Fax: ()
Telefone: ()
E-mail:

Comunicação

Por que meio deseja receber as comunicações do IDEAIS:

() Telefone: () residencial () comercial _____
() Correio: () residencial () comercial _____
() E-mail: () residencial () comercial _____

Participação em relação ao Instituto

Contribuição para um projeto específico:

() Programa Saúde e Tradição () Programa de Cursos e Palestras

Contribuição

() Contribuição extra: R\$
() Mensalidade: () R\$30,00 () R\$50,00 () Outra:

Forma de pagamento

() Depósito para Instituto IDEAIS - Banespa - Ag. 0194 - Conta corrente nº - 13-001741-7

Confirmar depósito por e-mail - ideais@ideais.org.br - ou tel. - (19) 3871-1511

() Cheque nominal e cruzado, por correio, para: Instituto IDEAIS – Rua Gelson Bruno di Falco, 125
CEP - 13271-340 - Valinhos - SP

Local e Data

Assinatura