

EXCLUSÃO COMO ASSOCIADO – ASFUG

Nome: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone Pessoal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail Pessoal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pelo presente documento, solicito o meu desligamento como Associado da ASFUG-ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA UNIMED GOIÂNIA, e declaro estar ciente que devido ao desligamento não terei direito de usufruir dos benefícios e eventos promovidos pela mesma.

Goiânia, de de .

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

Assinatura