

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE

SERVIÇO: PLANO ODONTOLÓGICO

Autorizo o

() **SICOOB ADVOCACIA**

a debitar mensalmente no dia **14** em minha conta corrente de n.º
_____ agência _____, o valor correspondente a
mensalidade do meu Plano Odontológico.

Ass.: _____

Nome: _____

OAB/SC _____ CPF.: _____

Florianópolis, ____ de _____ de 201 ____

Obs.: Favor devolver a autorização preenchida e assinada através de:

**Correio: Rua Paschoal Apóstolo Pítsica, 4860 – Agronômica
CEP: 88025-255 – Florianópolis/SC**

E-Mail: admoabmed@caasc.org.br