



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

BANCO DO BRASIL

NOME DO CORRENTISTA:

AGÊNCIA: N° DA CONTA CORRENTE:

TELEFONE PARA CONTATO:

ENDEREÇO DE CONTATO:

Condições:

1. Autorizo o Banco do Brasil S/A a debitar em minha Conta Corrente, a doação mensal para a APAE-CG, no valor de R\$

no dia de cada mês.

2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o Banco do Brasil S/A isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de saldo na data escolhida.

3. Em qualquer caso de dúvida ou reclamação, devo solicitar esclarecimentos diretamente a APAE-CG.

4. O Banco do Brasil S/A se ressalva o direito, a qualquer tempo, de cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA:

LOCAL E DATA: