

# SASP

## Proposta para Admissão de Associado

Nome:

Data de Nascimento:  Local:

Inscrição na OAB:  UF:

RG:  CPF:

Endereço:

Bairro:  Cidade:

CEP:  Estado:

Telefone Fixo:  Celular:

E-mail:

Empregador:

Telefone Comercial:

### Tipo de Associação:

Advogado  Estudante

### Forma de Pagamento:

Desconto em Folha  Boleto semestral

Mensalidade: R\$ 5,00

Local/Data:

Assinatura: