



## TERMO ASSOCIATIVO

Pelo presente instrumento,

(NOME) \_\_\_\_\_,  
(ESTADO CIVIL) \_\_\_\_\_, RG n. \_\_\_\_\_ / SSP \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, (ENDEREÇO COMPLETO) \_\_\_\_\_  
CIDADE \_\_\_\_\_, ESTADO \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,  
E-MAIL \_\_\_\_\_, TEL (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

Venho requerer minha inscrição nos quadros associativos, como associado colaborador e de forma não onerosa, na Associação Nacional Movimento Pró Armas – AMPA.

Por ser expressão da verdade, declaro que aceito todos os termos, Regimento Interno e Estatuto Social, bem como assino o presente termo, com firma reconhecida, para que produza os efeitos legais.

Campo Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\*ENVIAR O PRESENTE TERMO POR CORREIO PARA: Avenida Afonso Pena, 3504 Sala 150-A, Centro - Campo Grande/MS – CEP 79002-948

\*\*ANEXAR AO TERMO ASSOCIATIVO CÓPIA AUTENTICADA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, RG COM CPF OU CNH.

\*\*\*O RECONHECIMENTO DE FIRMA DA ASSINATURA PODERÁ SER “POR SEMELHANÇA”.