

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a ASSOCIAÇÃO EMPRESARIAL DE PARÁ DE MINAS – ASCIPAM, entidade sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 23.121.114/0001-95, localizada na Rua Francisco Sales, 148 Centro – Pará de Minas-MG, na qual faço parte do quadro de associados, a efetuar desconto via boleto bancário no valor de _____, correspondente à doação à Irmandade do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Pará de Minas, entidade sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 01.816.967/0001-09, localizada na Rua Cruzeiro, 68 – Centro – Pará de Minas – MG, que será realizada por tempo indeterminado e poderá ser cancelada a qualquer momento quando por mim solicitado.

O valor doado será destinado a benfeitorias a serem realizadas no hospital e repassado integralmente à Irmandade mantenedora.

Por ser verdade, firmo a presente autorização.

Pará de Minas, ____ de ____ de _____.

(assinatura do responsável e carimbo da empresa associada)