



*Rede do Câncer de
Lencóis Paulista*

**AUTORIZAÇÃO DE COBRANÇA NA CONTA DE ÁGUA
DE VALOR A SER DOADO À
REDE DO CÂNCER DE LENÇÓIS PAULISTA**

EU, _____,
RG Nº: _____, RESIDENTE E
DOMICILIADO NA RUA: _____

_____, Nº: _____,
BAIRRO _____ CEP: _____,

NESTE MUNICÍPIO DE LENÇÓIS PAULISTA, ESTADO DE SÃO PAULO,
CONCORDO EM DOAR O VALOR DE R\$ _____
(_____)

À REDE DO CÂNCER DE LENÇÓIS PAULISTA, A SER INCLUÍDO NA
PRÓXIMA E FUTURAS CONTAS DE ÁGUA DE MINHA
TITULARIDADE, ATÉ QUE EU REVOGUE EXPRESSAMENTE ESTA
AUTORIZAÇÃO.

LENÇÓIS PAULISTA, _____ DE _____ DE _____.

Nº CADASTRO IMÓVEL, SAAE: _____

ASSINATURA