CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

REQUERIMENTO PARA
PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÕES E DEPÓSITO DO VALOR DE BENEFÍCIOS ATRAVÉS DE CONTA BANCÁRIA

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO DA CPAS _____

NOME COMPLETO (IGUAL AO B.I.) _____

DOMICÍLIO PROFISSIONAL _____

LOCALIDADE _____COD.POST. |__|__|__|__|-|__|__|__| TELEF._____ FAX _____

POR FAVOR:

- ✓ ASSINALE COM **X** O BANCO PRETENDIDO
- ✓ INDIQUE O NÚMERO DA SUA CONTA BANCÁRIA (**NIB**), O BANCO E A DEPENDÊNCIA
- ✓ ASSINE E REMETA O ORIGINAL DO PRESENTE IMPRESSO À **CPAS** POR CARTA

➲ **A FIM DE PERMITIR A CONFERÊNCIA DA ASSINATURA PELO RESPECTIVO BANCO, O PRESENTE IMPRESSO NÃO PODE SER REMETIDO VIA FAX** ⊂

☐ **BANCO SANTANDER TOTTA S.A.**	☐ **BANCO ESPÍRITO SANTO**
☐ **MILLENIUM BCP**	☐ **CAIXA GERAL DE DEPÓSITOS**
☐ **BANCO B.P.I. – S.A.**	☐ **MONTEPIO** [CAIXA ECONÓMICA MONTEPIO GERAL]

Pela presente via e meio **autorizo** o pagamento das contribuições mensais processadas pela Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores através de débito na minha **CONTA N.º (NIB)** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| do **Banco** _____ _____ Agência (ou Dependência) de _____.

Autorizo, igualmente, que na supra indicada conta me sejam depositados os valores dos benefícios que aquela Caixa de Previdência me venha a processar.

Com os melhores cumprimentos,

_____, _____ de _____ de _____

O/A Beneficiário/a

_____

(Assinatura igual à do Bilhete de Identidade)

_____

(Assinatura igual à da ficha bancária)