



Projeto Sócios EESA

Nome completo: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Idade: _____ Estado civil: _____

Tel.: Resid: _____ Cel.: _____ Comercial: _____

E-mail: _____ Facebook: _____

Pertence a EESA? () NÃO () SIM – Qual? _____

Paróquia/Diocese: _____

Comprometo-me a fazer contribuição (mínimo de 10 reais):

- () Mensalmente
- () A cada dois meses
- () A cada três meses
- () A cada seis meses
- () Anualmente

O boleto será enviado por email e também por correio à sua residência.

A data limite de vencimento é o último dia do mês, podendo ser pago em qualquer dia anterior.

O campo "Valor" vem em branco, podendo ser doada qualquer quantia a partir de R\$ 10,00.

Sua contribuição vai aumentar o potencial evangelizador do Escritório Nacional e das EESAs no Brasil. Contamos com você!!!