



TERMO DE COMPROMISSO SÓCIO CONTRIBUINTE

Eu _____ declaro que recebi informações pela Associação dos Deficientes Auditivos, Pais, Amigos e Usuários de Implante Coclear de que o **ato de se associar é voluntário** e sobre as alternativas de adesão para efetivar compromisso junto a esta Associação, na condição de sócio contribuinte, sendo **beneficiado (a), quanto à aquisição de acessórios para os componentes externos do Implante Coclear, subsidiados por esta Associação, através de pagamento parcelado e desconto**. Tais benefícios serão concedidos **mediante a adesão** a associação como sócio contribuinte, mediante pagamento da contribuição associativa I ou II através de boletos bancários nominais a ADAP.

Na oportunidade, recebi informações quanto à opção de aquisição de acessórios das empresas representantes das marcas de implante coclear no Brasil: POLITEC SAÚDE (Cochlear), com a empresa PHONAK DO BRASIL (Med-el), com a empresa ADVANCED BIONICS e a WIDEX (Neurelec).

Portanto, ciente dos compromissos financeiros envolvendo o processo de reabilitação no que diz respeito aos componentes externos, comprometo-me a contribuir com a ADAP como associado, selecionando abaixo a forma de pagamento e conseqüentemente o tipo de associação desejado.

Em caso de desistência na condição de sócio contribuinte deverei informar por escrito a ADAP, mediante quitação dos boletos pendentes de acessórios solicitados no período que estiver associado. Os pagamentos dos valores da contribuição efetivamente pagas, não serão restituídos ou reembolsados.

FORMAS DE PAGAMENTO

CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA - I

() Parcela única com desconto R\$ 180,00

() Parcelado em 4 vezes no valor de R\$ 50,00 por parcela (R\$ 200,00)

Benefícios e Direitos:

- Auxílio do Departamento Social;
- Auxílio do Consultor Jurídico da entidade com orientações;
- Auxílio do(a) Fonoaudiólogo(a) da entidade em orientações e atendimentos;
- Aquisição de peças e acessórios com descontos de até 15%; **(de acordo com a marca do implante);**
- Carteira de Identificação de Associado.



Assinatura do Responsável: _____

Nome do Responsável: _____

RG _____ C.P.F. _____

Local _____ Dia _____ Mês _____ Ano _____

***É OBRIGATÓRIO O NÚMERO DO RG E DO CPF PARA CADASTRAMENTO**

Nome do usuário do I.C: _____

(É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS)