

AUTORIZAÇÃO
Associação Catarinense de Assistência ao
Mucoviscidótico

CNPJ 85.170.314/0001-95

Agência Regional de Florianópolis

Nome do Titular da Fatura de energia:		Endereço:	
Localidade:	Unidade Consumidora:	Medidor:	

CONTA GERENCIAL - 10107G97

Autorizo, a Celesc, a debitar mensalmente em minha Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica a quantia abaixo assinalada com "X", em favor da entidade acima citada:

Também tenho ciência que poderei cancelar o Débito mensal autorizado a qualquer momento me dirigindo a CELESC-D por meio do Call Center ou pelo fone 0800-480120, e-mail ou por forma presencial nas unidades de atendimento da CELESC-D

PESSOA FÍSICA

- R\$ 5,00 (cinco reais)
- R\$ 7,00 (sete reais)
- R\$ 8,00 (oito reais)
- R\$ 10,00 (dez reais)
- R\$ 15,00 (quinze reais)
- R\$ 20,00 (vinte reais)
- R\$ 25,00 (vinte e cinco reais)
- R\$ 30,00 (trinta reais)
- R\$ 50,00 (cinquenta reais)
- Outros: R\$ _____ (_____ reais)

PESSOA JURÍDICA

- R\$ 5,00 (cinco reais)
- R\$ 10,00 (dez reais)
- R\$ 15,00 (quinze reais)
- R\$ 20,00 (vinte reais)
- R\$ 25,00 (vinte e cinco reais)
- R\$ 50,00 (cinquenta reais)
- R\$ 100,00 (cem reais)
- R\$ 200,00 (duzentos reais)
- R\$ 500,00 (quinhentos reais)
- Outros: R\$ _____ (_____ reais)

Obs.: Entregar assinada na Entidade beneficiada:	Obs.: Para suspender a contribuição procurar o Escritório da CELESC
--	---

Localidade

Data

Assinatura