



PROJETO LUZ SOLIDÁRIA

COLABORE VOCÊ TAMBÉM E ILUMINE O CAMINHO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Autorizo o débito em minha **Conta de Luz** do valor abaixo, relativo a doação espontânea a **ADFP - Associação dos Deficientes Físicos do Paraná**.

Estou ciente que:

1. Terei o valor somado a minha **Conta de Luz**.
2. Caso atrase o pagamento da fatura, pagarei multa de 2% somente sobre o valor da fatura da energia elétrica, conforme legislação em vigor.
3. Ao mudar de endereço e fazer o desligamento da luz, deverei comunicar a ADFP por telefone, refazer a autorização com o novo endereço.
4. Deverei fazer a solicitação de cancelamento diretamente a ADFP.

1º INDIQUE O VALOR A SER PAGO:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> R\$5,00 | <input type="checkbox"/> R\$50,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$10,00 | <input type="checkbox"/> R\$100,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$15,00 | <input type="checkbox"/> Outro Valor: R\$ _____ |
| <input type="checkbox"/> R\$30,00 | |

2º NÚMERO DE PARCELAS A SEREM DEBITADAS:

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 12x | <input type="checkbox"/> 50x |
| <input type="checkbox"/> 24x | <input type="checkbox"/> Mais parcelas: _____ |
| <input type="checkbox"/> 36x | |

3º DADOS PESSOAIS

Nome do Titular da Conta: _____

Endereço: _____ Nº _____

Cidade: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Nº de identificação da conta de luz: -

Data: ___/___/_____

Assinatura do titular: _____

4º ENVIO DO FORMULÁRIO

Este formulário deverá ser entregue:

A Rua XV de Novembro 2765, CEP 80.045-340 Alto da XV - Curitiba / PR

No e-mail adfp@adfp.org.br

ou solicite pelo telefone (41) 3264 7234 que iremos até você.

Realização:

