

## **Autorização Débito em Conta**

Autorizo o Banco do Brasil efetuar em minha conta corrente o débito relativo a minha doação espontânea. Comprometo-me desde já a manter saldo suficiente para a finalidade, ficando isento este Banco de qualquer responsabilidade como multas e juros.

Declaro-me também ciente da responsabilidade de estorno de qualquer valor debitado e por mim autorizado. Em caso de dúvidas/ reclamações devidas, solicitarei esclarecimento junto ao Instituto da Criança com Diabetes.

Nome do Correntista:

Endereço:

Cidade:

Data:

CPF:

Valor mensal a ser debitado:

Período:

---

Assinatura

(No caso de cancelamento favor entrar em contato com o Instituto da Criança com Diabetes pelo fone 51 3341.2662 com a Sra. Marli Mazanti do Financeiro).