

AUTORIZAÇÃO

**ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE ASSISTÊNCIA AO
MUCOVISCIDÓTICO**

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 CELED-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\$ 1,00 (Um Real)
- R\$ 2,00 (Dois Reais)
- R\$ 3,00 (Três Reais)
- R\$ 4,00 (Quatro Reais)
- R\$ 5,00 (Cinco Reais)
- R\$ 7,00 (Sete Reais)
- R\$ 10,00 (Dez Reais)
- Outros: R\$_____,00

PESSOA JURÍDICA

- R\$ 5,00 (Cinco Reais)
- R\$ 10,00 (Dez Reais)
- R\$ 20,00 (Vinte Reais)
- R\$ 25,00 (Vinte Cinco Reais)
- R\$ 50,00 (Cinquenta Reais)
- R\$ 100,00 (Cem Reais)
- R\$ 200,00 (Duzentos Reais)
- R\$ 500,00 (Quinhentos Reais)
- Outros: R\$_____,00

OBS: Entregar assinada na Entidade Beneficiada

Para suspender a contribuição, procure o Escritório da Celesc

Localidade

Data

Assinatura