CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO

Declaração

NOME DO CONTRIBUINTE			
RE/Matr.	Posto/Grad./OPM	Tel. Res.	Tel. Cel.
End.			
Bairro	Cidade/UF	CEP	Estado civil
E-mail			

Eu, _____,

Declaro, sob as penas da lei, que_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____.

_____, ____ de _____ de 20____ _____

Local e data **Assinatura do contribuinte**