

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Fone: () 9 - _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ RG: _____ Órgão: _____

Cargo/função: _____ Matrícula: _____

Local de Trabalho: _____ Fone: () 9 - _____

End. de Trabalho: _____

Cidade: _____ Estado do Pará

Declaro aceitar todos os itens estatutários que regem o SINDSAÚDE, onde me fizer presente.

Obs.: em caso de mudança dos dados referidos acima, comunicar o Sindicato.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo que seja descontado mensalmente em folha de pagamento o valor equivalente a 2% (dois) do salário - base, referente a taxa de associação ao SINDSAÚDE - Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará

_____ (PA) ____ de _____ de 20 ____

ASSINATURA DO ASSOCIADO**FICHA DE FILIAÇÃO**

Nome: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Fone: () 9 - _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ RG: _____ Órgão: _____

Cargo/função: _____ Matrícula: _____

Local de Trabalho: _____ Fone: () 9 - _____

End. de Trabalho: _____

Cidade: _____ Estado do Pará

Declaro aceitar todos os itens estatutários que regem o SINDSAÚDE, onde me fizer presente.

Obs.: em caso de mudança dos dados referidos acima, comunicar o Sindicato.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo que seja descontado mensalmente em folha de pagamento o valor equivalente a 2% (dois) do salário - base, referente a taxa de associação ao SINDSAÚDE - Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Pará

_____ (PA) ____ de _____ de 20 ____

ASSINATURA DO ASSOCIADO