

Obs.: Preencher com letra de fôrma, dentro dos quadrados.

Nome

Data Nascimento --

Endereço

Bairro

Cidade

CEP -

Empresa

Profissão

Telefone - Celular --

e-mail _____

RG - CPF -

Fica, desde já, esse Sindicato autorizado, nos termos do artigo 8º, IV da Constituição Federal/88, e artigo 545 da CLT, a providenciar o desconto em folha de pagamento de minhas contribuições mensais.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Sócio

Assinatura do Diretor do Sindicato

