

Sindicalização

Atualização

Dados do Novo Sócio

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Celular: _____ Data de Nascimento: _____

RG: _____ CPF: _____ COREN: _____ Sexo () Masc () Fem

E-mail: _____

Faculdade onde se formou: _____ Ano: _____ Tempo de exercício profissional: _____

Dados Profissionais

*Razão Social e CNPJ registrados em carteira

Razão Social: _____ CNPJ: _____

Endereço: _____

Local de trabalho/Setor: _____ Telefone: _____

Dependentes

Deseja cadastrar dependentes para utilizar os benefícios/parcerias do SindEnfermeiro? () Sim () Não

Nome: _____ Nasc: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Nasc: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Nasc: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Nasc: _____ Parentesco: _____

Brasília, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do (novo) sócio

Nome: _____ Tefone: _____



AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Eu: _____

Categoria Profissional: _____ Matrícula: _____

Data de Admissão: _____ Lotação: _____

Residente à: _____

CEP: _____ Fone: _____

Autorizo essa Entidade a processar o desconto mensal do valor fixado conforme deliberado e aprovado em assembleia em folha de pagamento, em benefício do sindicato dos Enfermeiros do Distrito Federal, conta corrente nº 603.647-2, do Banco Regional de Brasília - BRB agência 050,

Atenciosamente,

Assinatura

CPF