SINDICATO DOS bancários DE SANTOS E REGIÃO
INTERSINDICAL

PROTOCOLO

PARA USO DO SINDICATO

Banco | Agência | Adm. Sindicato | Matrícula

Recebi a autorização de débito nesta data

PROPOSTA DE SINDICALIZAÇÃO

Nome

Endereço

Número

Complemento

Bairro

Cidade

CEP

Celular

Email

Nacionalidade

Data de Nascimento

RG

CPF

Gênero

Data adm. no banco

Matrícula Funcional

DEPENDENTES

Nome

Data de Nascimento

Parentesco

Nome

Data de Nascimento

Parentesco

Nome

Data de Nascimento

Parentesco

Banco e Ag. _____ Função _____ Tel.

SINDICATO DOS BANCÁRIOS DE SANTOS E REGIÃO
AV. Washington Luiz, 140, Santos/SP | Tel.: (13) 3202 1670 | EMAIL: santosbancarios@uol.com.br

Autorizo descontar, de meus vencimentos mensais a partir de _____ de _____ a minha mensalidade sindical, a crédito do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de Santos, na conta descrita abaixo.

Santos, _____ de _____ de _____

_____
Assinatura

PARA PREENCHIMENTO PELO SINDICATO:

Banco: _____ **Agência:** _____ **Conta:** _____