SINTEPS
Juntos, conquistamos mais
SINDICATO DOS TRABALHADORES DO CENTRO PAULA SOUZA

PROPOSTA DE ASSOCIADO COLABORATIVO

DADOS PESSOAIS: *OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS

NOME:		
DATA DE NASC.:	**SEXO: M( ) F ( )**	
ESTADO CIVIL:	**Nº CARTAO SUS:**	
NOME DA MAE:		
RG:	**CPF:**	**PIS:**
ENDEREÇO:		**Nº:**
COMPLEMENTO:	**BAIRRO:**	
CIDADE:	**ESTADO:**	**CEP:**
FONE RESIDENCIAL: ( )	**CELULAR: ( )**	
E-MAIL:		

À DIRETORIA EXECUTIVA DO SINTEPS:

Desejando fortalecer esta categoria solicito minha inscrição como associado colaborativo nesse sindicato sujeitando-me aos seus estatutos e regimentos. Se por qualquer motivo vier a solicitar meu desligamento, estou ciente que deverá ser feito por escrito e que deverei estar em dia com a tesouraria, conforme consta do estatuto, podendo o sindicato cobrar os débitos existentes. Declaro estar ciente que o **valor da mensalidade sindical é 5% do salário mínimo nacional vigente no país** e autorizo o desconto em conta corrente descrita abaixo.

_____
LOCAL E DATA

_____
ASSINATURA

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

(DESCONTO EFETUADO SOMENTE ATRAVÉS DO BANCO DO BRASIL)

EU, _____

CPF: _____ ***AUTORIZO O DESCONTO EM MINHA CONTA CORRENTE****:*

BANCO _____ *AGÊNCIA* _____ Nº CONTA: _____

EM FAVOR DO SINTEPS, PARA COBRIR AS DESPESAS RELATIVAS À ***MENSALIDADE SINDICAL COMO ASSOCIADO CONTRIBUINTE*** E *TAXA BANCÁRIA DE COBRANÇA.*

_____
ASSINATURA

Sindicato dos Trabalhadores do Centro Paula Souza - SINTEPS
Praça Coronel Fernando Prestes, nº 74 - Bom Retiro - São Paulo - SP **Telefones**: (11) 3313-1528 e 3313-5385
Endereço para correspondência: Caixa Postal nº 13.850, CEP 01216-970 - São Paulo - SP
Site: www.sinteps.org.br **E-mail**: sinteps@uol.com.br