

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: _____

Cargo Público: _____ Matrícula SES/DF: _____

RG: _____ CPF: _____

Local de Trabalho: _____

Autorizo essa Entidade a processar o desconto da mensalidade associativa em folha de pagamento, em benefício do SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO DISTRITO FEDERAL, CNPJ.: 00.627.877/0001-07, Conta Corrente no 603.647-2, do Banco de Brasília – BRB, Agência 050. Estou ciente que o valor a ser descontado será efetivado sob forma de percentual variável por classe, mantendo um valor mínimo de contribuição no importe de R\$ 80,00 (oitenta reais), conforme deliberado e aprovado em Assembleia Geral Ordinária da categoria, realizada no dia 16 de dezembro de 2019, conforme tabela abaixo:

CLASSE ESPECIAL = 1,20% sobre o Venc. Básico e valor mínimo de **R\$ 80,00**

PRIMEIRA CLASSE = 1,40% sobre o Venc. Básico e valor mínimo de **R\$ 80,00**

SEGUNDA CLASSE = 1,50% sobre o Venc. Básico e valor mínimo de **R\$ 80,00**

TERCEIRA CLASSE = Valor FIXO de R\$ 80,00

Brasília - DF, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Associado