SINDICATO DOS TÉCNICOS E TECNÓLOGOS EM RADIOLOGIA DE MATO GROSSO DO SUL

SINTERMS

FICHA DE FILIAÇÃO

Matricula Sindical: _____ Nome: _____
Uso do Sindicato

Data Nascimento: _____ Natural de: _____ UF: _____

Estado Cívil: _____ Nacionalidade: _____

Sexo: _____ Escolaridade: _____ RG: _____

Orgão Emissor: _____ Data Expedição: _____ CPF: _____

CTPS: _____ Série: _____ PIS/PASEP: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: _____ Número: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Cep: _____ Telefone: _____ Celular: _____ E-Mail: _____

Empresa: _____ Data Admissão: _____

Matricula Funcional _____ Cargo: _____ **CRTR Número** _____

DEPENDENTE(S)

Nome do Dependente	Data Nascimento	Parentesco	Sexo

Declaro através desta ficha de filiação, autorizar o desconto mensal em folha de pagamento do meu salário – base a importância de **3% (três por cento),** em beneficio do Sindicato dos Técnicos e Auxiliares em Radiologia, em Empresas públicas e Privadas no Estado de Mato Grosso do Sul (SINTERMS).

A título de **Contribuição Social**, mensalmente a serem pagas através de guias de boletos emitidas pelo Site: www.sinterms.org.br.

Sendo o que tinha para o momento.

Local e Data:

_____ Assinatura do Associado

_____ O Sindicato

Rua Maracaju, 371, Centro Campo Grande - MS, CEP:79002-214 - Fone/Fax:67-3384-5972 Celular: (67) 9292-1704
E-mail: sinterms@sinterms.org.br Site: www.sinterms.org.br