Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Ceará





NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:/ SEXO: ESTADO CIVIL:	
FILIAÇÃO: PAI:	
R.G.: CPF: CRF N°/UF:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:	
N°BAIRRO:	_
CEP:ESTADO:	
TELEFONE:()CELULAR:()	
E-MAIL:	
EMPRESA EM QUE TRABALHA:	
EMPRESA EM QUE TRABALHA:	
CNPJ:	
Solicito minha inclusão no quadro social do SINFARCE - Sindicato dos Farmacêuticos no Estado do Cear condição de sócio, assumindo o compromisso de fiel cumprimento ao Estatuto Social desta entidade sindic demais normas internas e das obrigações sociais, inclusive, o pagamento da anuidade associativa, autoriz ainda, o desconto em folha de pagamento relativa ao mês de março de cada ano da contribuição sindic equivalente a 1(um) dia de salário, a qual deverá ser recolhida pelo empregador em guia própria em favo SINFARCE, nos termos dos artigos 580 e 582 da CLT, bem como o desconto em folha de pagamento o contribuições assistencial e confederativa fixadas em assembleias.	al, das ando, cal or do
FORTALEZA,DEDE	

Assinatura