



Sindicato dos Enfermeiros do estado de São Paulo

Sindicalização

Atualização

Venho solicitar o ingresso no quadro de associados desta Entidade, declarando conhecer seu Estatuto e obrigando-me a cumpri-lo integralmente

Dados pessoais:

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: _____ Data de Nascimento: _____

RG: _____ CPF: _____ COREN: _____

E-mail: _____ Sexo: () Masc () Fem

Dados Profissionais:

Razão Social: _____

Endereço: _____

Cargo: _____ Telefone: _____

Opções de Pagamento:

- () Boleto Bancário – Mensal
- () Anuidade – Estudantes
- () Holerite*

*Autorizo o desconto mensal em holerite no valor selecionado a favor da Entidade consignatária em referência

Valores:

- () Enfermeiro/Capital – R\$20,00
- () Enfermeiro/Interior – R\$15,00
- () Sócio Especial – R\$12,00
- () Estudantes – Taxa Anual

Dependentes:

Deseja cadastrar dependentes: () Sim () Não

Nome: _____ Nasc. _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Nasc. _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Nasc. _____ Parentesco: _____

Local: _____ Data: _____

Assinatura: _____