Sindicato dos Administradores no Estado do Rio de Janeiro

Ficha de Filiação – ADMINISTRADOR

CRA | **MATRÍCULA** | **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA** ☐ **RESIDENCIAL** ☐ **COMERCIAL**

Nome

Data Nascimento | **CPF** | **Identidade** | **Órgão Expedidor**

Naturalidade(Cidade/UF) | **Estado Civil**

Filiação

Endereço Residencial (Logradouro, N°, Complemento)

Bairro | **Cidade** | **UF** | **CEP**

Telefone | **Fax** | **Celular**

E-mail

Empresa

Endereço Residencial (Logradouro, N°, Complemento)

Bairro | **Cidade** | **UF** | **CEP**

Telefone | **Fax** | **Ramais**

Site / E-mail

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Eu, _____, matrícula funcional nº _____, autorizo a _____ a fazer o desconto na folha de pagamento da importância de R$ 12,00 (doze reais) mensais, referente à contribuição de associado, em favor do Sindicato dos Administradores no Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

_____

Assinatura