

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA

Eu, _____,
CPF: _____ - _____, Farmacêutico(a) da empresa _____,
filial _____, portador da matrícula de número _____, de
vontade própria, AUTORIZO o desconto em meus vencimentos, da MENSALIDADE SINDICAL,
em favor do Sindicato dos Farmacêuticos do Pará - SINFARPA, conforme deliberado pela
categoria.

_____, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do Farmacêutico

CRF: _____

- 1 - Este documento deverá ser preenchido e enviado para o e-mail contribassisten@gmail.com até o dia 10 de cada mês.
- 2 - O desconto da mensalidade ocorrerá na folha seguinte ao mês de solicitação, não havendo estorno de valores de contribuição assistencial para não associados.
- 3 - O documento deve estar com assinatura digital ou assinatura a próprio punho e autenticação em cartório.