



SINDICATO DOS PRÁTICOS DE FARMACIA E DOS EMPREGADOS NO COMERCIO DE DROGAS
MEDICAMENTOS, PRODUTOS FARMACEUTICOS E EM FARMÁCIAS DE MANIPULAÇÃO DE
OSASCO E REGIÃO.

Site:www.sindfarmaor.org.br

Rua Thomaz Spitaletti, 108 - Centro - Osasco/SP - CEP: 06010-140 Tel: (11) 4565-5851

FICHA DE FILIAÇÃO

BASE TERRITORIAL: Osasco, Carapicuíba, Barueri, Jandira, Itapevi, Taboão da Serra e Embu

NOME:			MATRICULA:
DATA NASC:	CPF:		RG:
ENDEREÇO:	N°		COMPL.
BAIRRO:	CIDADE:		CEP:
TEL:	CEL:		ESTADO CIVIL:
NACIONALIDADE:	CIDADE:		ESTADO:
EMAIL:			
DADOS TRABALHISTAS		DEPENDENTES	
EMPRESA:		NOME:	
CNPJ:		NASC. / /	PARENTESCO:
CTPS N°:		NOME:	
ADMISSÃO: / /		NASC. / /	PARENTESCO:
FUNÇÃO:		NOME:	
		NASC. / /	PARENTESCO:

Neste ato autorizo a minha empregadora a descontar a Contribuição Sindical Anual, referente a um dia de trabalho do meu do meu salário, para repasse ao SINDFARMAOR, bem como autorizo o desconto mensal de 1% do meu salário base a titulo da taxa contributiva negocial.

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA: _____