Autorização para Desconto em Folha

Sindicato dos Empregados em Instituições Beneficentes, Religiosas, Assistencias e Filantrópicas do Estado do Rio Grande do Sul

Para Uso do Sinbraf/RS

Instituição Nº:_____

Associado(a) Nº _____

Ao Departamento Pessoal,

Instituição :_____

O(A) Senhor(a) _____
autoriza o desconto mensal em folha de pagamento, referente a mensalidade social do Sinbraf/RS
no valor de R$ _____.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20__ .

Assinatura do Associado(a) :
_____

Assinatura do(a) Diretor do Sinbraf/RS
:_____