Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários do Acre

SEEB-AC

(PREENCHIMENTO DO SINDICATO) MATRÍCULA SINDICAL

(PREENCHIMENTO DO SINDICATO) DIRETOR

☐ **SINDICALIZAÇÃO** ☐ **RECADASTRAMENTO**

DADOS COMERCIAIS

BANCO/COD: AGÊNCIA/Nº

TELEFONE RAMAL FUNÇÃO/CARGO

ADMISSÃO NA EMPRESA / / JÁ FOI ASSOCIADO A ESTE SINDICATO ☐ SIM ☐ NÃO

MATRÍCULA FUNCIONAL E-MAIL COMERCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME

DATA DE NASCIMENTO / / SEXO M ☐ F ☐ ESTADO CIVIL NATURALIDADE ☐☐ (SIGLA DO ESTADO)

CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº ORGÃO EMISSOR CPF

E-MAIL FONE/RESIDENCIAL CELULAR

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____

_____ Nº ☐☐☐☐ APTO ☐☐☐☐

CEP ☐☐☐☐☐☐☐☐ BAIRRO _____ CIDADE_____ ESTADO ☐☐

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a fonte pagadora do meu salário ou proventos de descontos dos valores informados pelo Sindicato a título de mensalidade sindical (2% de salário base), e demais contribuições , com a inclusão direta na fonte pagadora.

Autorizo o Sindicato dos Bancários do Acre , a emitir boleto bancários e ou debitar em conta, a mensalidade sindical, Banco _____, Agência _____, Conta corrente _____ DV_____.

_____
ASSINATURA

AUTORIZAÇÃO SERÁ ENVIADA PARA EMPRESA

(PREENCHIMENTO DO SINDICATO) MATRÍCULA SINDICAL

AUTORIZO O DESCONTO EM FOLHA DAS MENSALIDADES E DAS CONTRIBUIÇÕES QUE FOREM FIXADAS POR ASSEMBLÉIA GERAL
AUTORIZO O SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO ACRE, A EMITIR BOLETO BANCÁRIO E OU DEBITAR EM CONTA.

SEEB-AC **BANCÁRIOS ACRE** Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários

BANCO ☐☐☐ AGÊNCIA ☐☐☐☐

NOME _____

BANCO _____ MATRÍCULA FUNCIONAL _____

AGÊNCIA _____ DEPTº POSTO _____

_____ DE _____ DE 20____.

(PREENCHIMENTO DO SINDICATO)

COMPROVANTE: ☐ **SINDICALIZAÇÃO** ☐ **RECADASTRAMENTO**

Nome.....assinou proposta de sindicalização/recadastramento ao SEEB - AC / / , adquirindo os direitos de sócio a partir do primeiro desconto da mensalidade em folha de pagamento.

Representante do SEEB - AC .....