

(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 - SINDICATO

() Autorizo Sindicato dos Bancários de Porto Alegre e Região a requerer o desconto de mensalidades sindicais e outras contribuições sindicais devidamente autorizadas por assembleia geral da categoria, através de desconto em folha de pagamento ou utilizar os meus dados bancários: Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ para débito na minha conta corrente ou, ainda, através de outro meio eletrônico.

_____/_____/_____
DATA

ASSINATURA

As suas informações pessoais serão tratadas de acordo com a lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD), principalmente nas hipóteses de execução de contrato, legítimo interesse e exercício regular de direitos e ficam a você assegurados todos os direitos de acesso à informação, retificação e eliminação de dados pessoais de sua titularidade, quando isso não importe na execução do presente contrato. Poderemos também enviar notificações referentes a atividade sindical por meios eletrônicos ou tradicionais a fim de lhe manter a par dos últimos acontecimentos relevantes.

AUTORIZAÇÃO - BANCO

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.



Sind Bancários
PORTO ALEGRE E REGIÃO - FILIADO À CUT

BANCO

AGÊNCIA

NOME _____

BANCO _____ MATRÍCULA FUNCIONAL _____

AGÊNCIA _____ DEPTº POSTO _____

PORTO ALEGRE, DE DE 20 .

ASSINATURA