

PROPOSTA DE ADMISSÃO DE ASSOCIADO

Nome: _____

Profissão: _____

End. (res): _____ nº _____

Fone: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

RG: _____ CPF: _____

Empresa: _____

End. Comercial: _____ nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____

JÁ FOI ASSOCIADO(A) SIM OU NÃO

Relação de dependentes

_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

Autorização

Autorizo o Sindicato das Costureiras de São Paulo e Osasco a solicitar o desconto das mensalidades em folha de pagamento na empresa onde trabalho.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura do associado