Como Associado/a você tem direito aos Departamentos Jurídico, Legislação, Convênios Médico /Odontológicos e Lazer! Além disso, receberá correspondências sobre questões políticas e profissionais.

INTERIOR - 08000-110885 - CAPITAL - 11-5574-8288.

DADOS PESSOAIS	NOME:		
	RS / BENEFÍCIO:	RG:	CPF:
	NASCIMENTO: / /	DDD:	FONE:
	E-MAIL:		CELULAR:
	ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
	BAIRRO:	CIDADE:	
	CEP:	EMAIL:	
	LOCAL DE TRABALHO:		
CARGO:	FILIADO POR:		
ORIENTAÇÃO SEXUAL:			
IDENTIDADE DE GÊNERO:			
NOME SOCIAL:			

Pelo presente instrumento, autorizo a realização de desconto mensal em Folha de Pagamento em favor da AFUSE (Sindicato dos Funcionários e Servidores da Educação) no valor de 2% do total de meus vencimentos, ratificando autorização em relação aos descontos já realizados quando se tratar de recadastramento.

Data da filiação: ____/____/____

Data do recadastramento: ____/____/____

Assinatura do associado

Rua Dr. Thirso Martins, 321 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP: 04120-050
É necessário preencher esta ficha, assinar e enviar para a sede central da AFUSE

A AFUSE AUTORIZA A REPRODUÇÃO DESTA FICHA