



SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECEMENTOS BANCÁRIOS DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS E REGIÃO

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome: _____

Data Nascimento: _____ Natural de: _____ UF: _____

Estado Cível: _____ Nacionalidade: _____ Sexo: _____

RG: _____ Orgão Emissor: _____ Data Expedição: _____ CPF: _____

Pai: _____ Mãe: _____

Endereço: _____ Número: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Cep: _____ Telefone: _____ Celular: _____

E-Mail: _____ Data Admissão: _____

Empresa: _____ Matricula Funcional: _____

Lotação: _____ Cidade: - _____

Cargo: _____ Tipo de Associado: _____

Instituição Financeira: _____

Agência Conta _____ Conta: _____

DEPENDENTE(S)

Nome do Dependente	Data Nascimento	Parentesco	Sexo

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Cláusula I - O Associado autoriza o Banco a proceder o desconto mensal das contribuições legais e mensalidades associativas em favor do Sindicato dos Bancários de Campo Grande-MS e Região em sua folha de pagamento.

Local / Data

Assinatura do Associado

O Sindicato