

Ao

Departamento de Gestão de Pessoal do(a) _____

Nesta

Autorizo que seja feito o desconto da mensalidade social do Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco do meu salário.

_____, _____ de _____ de _____.

Nome completo (legível):

Vínculo empregatício:

Matricula nº:

Lotação:

Assinatura
Cirurgião Dentista