

AUTORIZAÇÃO

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

FONE: _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____

AUTORIZAÇÃO PARA MENSALIDADE SINDICAL

Eu, acima identificado(a), autorizo o recolhimento da Mensalidade Sindical em favor do **SINDICATO DOS DOCENTES DE UNIVERSIDADES FEDERAIS COM BASE TERRITORIAL EM NATAL, CAICÓ, CURRAIS NOVOS, MACAÍBA, SANTA CRUZ, MACAU E NOVA CRUZ DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - ADURN SINDICATO**, CNPJ 08.493.447/0001-51, nos termos de suas disposições estatutárias, e dos artigos 578, 579 e 582 do decreto 5.452 de 1943, via débito mensal em meu contra cheque (SIAPE), por meio de boleto bancário ou equivalente eletrônico (débito em conta corrente). No caso de pagamento através de boleto bancário ou equivalente eletrônico, autorizo desde já, o envio dos respectivos documentos para minha residência, endereço profissional ou eletrônico (e-mail).

Dados Bancários:

Banco: _____ Agência: _____ C/Corrente: _____

Natal/RN, ___ / ___ / ___ _____

Assinatura

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Eu, acima identificado(a), autorizo o Débito Automático em conta corrente na instituição bancária acima mencionada.

Natal/RN, ___ / ___ / ___ _____

Assinatura

No caso de ser correntista do Banco do Brasil, e optar por este para o débito em conta, o filiado precisará autorizar em uma agência, aplicativo ou internet banking, o sindicato a realizar os débitos.

O associado se compromete com a veracidade das informações preenchidas por ele neste formulário e com a atualização de seus dados.