



**SINFAR/MS**  
Sindicato dos Farmacêuticos  
do Mato Grosso do Sul

## REQUERIMENTO DE FILIAÇÃO

À Diretoria do SINFARMS,

Eu, abaixo assinado (a), por ato voluntário, requiro a minha filiação ao Sindicato dos Farmacêuticos do Mato Grosso do Sul – SINFARMS, me comprometendo a seguir as determinações do seu Estatuto Social, como bem acatar as decisões da sua Diretoria e das Assembleias Gerais.

Nome completo		
Nome do Pai e da Mãe		
Data de nascimento	Natural de	UF
Estado Civil	CPF	CRF
RG	CTPS/Matricula Funcional	Série
Endereço		
Cidade	CEP	Telefone
E-mail		
Razão Social do Empregador		
CNPJ	Data de admissão	
E-mail	Telefone	
<p>( ) Fica meu empregador autorizado a descontar em meu salário, a importância referente à Mensalidade Social ( ) e Contribuições que forem fixadas pela Assembleia Geral, e proceder o repasse dessas quantias ao Sindicato dos Farmacêuticos do Mato Grosso do Sul – SINFARMS.</p> <p>( ) Fica o Sindicato dos Farmacêuticos do Mato Grosso do Sul – SINFARMS autorizado a me encaminhar, por e-mail, as guias ou boletos referentes à Mensalidade Social e Contribuições que forem fixadas pela Assembleia Geral.</p> <p>_____ -MS, ____ de _____ de 20 ____.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>Assinatura do(a) requerente</i></p>		

*(Não preencher – Reservado ao Sindicato)*

Recebido por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parecer Secretaria:

Requerimento ( ) DEFERIDO

( ) INDEFERIDO

\_\_\_\_\_  
*(Assinatura e Carimbo da Presidência)*

BAIXA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_