

Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Estado do Rio de Janeiro
Rua da Lapa nº 120 sl. 603/605 – Centro
Rio de Janeiro – RJ – CEP.: 20021-180

Site: www.sinfaerj.org.br Email: adm@sinfaerj.org.br

PROPOSTA DE SÓCIO(A)

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Registro CRF nº _____ Data Nascimento: _____ / _____ / _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Estado Civil: _____

Tel. Residencial: ( ) _____ Celular: ( ) _____

Email: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Estado: _____

Ano de Formatura: _____ Faculdade: _____

Nome da Empresa: _____

Endereço Comercial: _____

Tel. Comercial: ( ) _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura

Sindicato forte é sindicato com sua base apoiando e lutando junto, faça sua parte e lute pelo reajuste e condições de trabalho, não fique só, fique sócio.

Imprimir, preencher, assinar e escanear, junto com a carteira de Farmacêutico frente e verso, comprovante do pix de 140 Reais.

Chave pix: sinfaerj@sinfaerj.org.br; Enviar tudo para: adm@sinfaerj.org.br