



PROPOSTA DE ADESÃO

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

_____ BAIRRO _____ CEP _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

TELEFONE: _____ ESTADO CIVIL: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

R.G.: _____ C.P.F.: _____

C.T.P.S. _____ SÉRIE: _____ NATURALIDADE: _____

() AUTONOMO OU ASSALARIADO () OBS: Os associados responsabilizar-se-ão pela mudança de categoria, sem o prévio conhecimento do SINDBACSS.

EMPRESA EM QUE TRABALHA: _____

FUNÇÃO: _____ DATA DE ADMISSÃO: _____

ENDEREÇO: _____

_____ TELEFONE: _____

AUTORIZAÇÃO:

Em caso de **PROFISSIONAL AUTONOMO** assumo a responsabilidade de pagar as mensalidades pontualmente e acatar e respeitar as determinações da diretoria do **SINDBACSS**.

Autorizo também o desconto da taxa **CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL ANUAL**, todas as vezes em que houver alteração salarial, por intermédio de **CONVENÇÃO** ou **ACORDO COLETIVO DE TRABALHO**, em favor do **SINDBACSS**, com valor a ser determinado pela **ASSEMBLÉIA** convocada para esse fim.

Salvador (BA), ____ de _____ de _____

Assinatura do Proponente

Rua do Salete, 02 - Ed. Jagorges - Lojas 05, 06, e 07 - Barris - Cep: 40.070-200 - Salvador - Bahia
Telefone: (71) 3329-7189 - E-mail: sindbacss@sindbacss.com.br - site: www.sindbacss.com.br