



n.º associado

--	--	--	--

siglas

[illegible]

--	--	--

[illegible]

FOTO

				-			
--	--	--	--	---	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible][illegible]

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

I	N	E	M				
---	---	---	---	--	--	--	--

[illegible][illegible]

--	--	--	--	--

Em anexo deverá fornecer:

1 fotografia tipo passe

fotocópia do cartão do documento de identificação

fotocópia do cartão de contribuinte

fotocópia do cartão da segurança social

fotocópia do contrato ou recibo vencimento com categoria profissional

Aceito respeitar na íntegra os estatutos do STAE e, em conformidade, que me seja descontado, mensalmente, a percentagem de 1% do meu salário, para pagamento das cotas do sindicato e, declaro, por minha honra, que todos os dados acima referidos são verdadeiros.

Assinatura

(conforme documento de identificação)

STAE - Sindicato dos Técnicos de Ambulância de Emergência

Tel. 927 408 656

Apartado 135

4429-909 Gondomar

NIF 508 200 423

www.stae.pt

www.facebook.com/SindicatoDosTecnicosDeAmbulanciaDeEmergencia

info@stae.pt