

**SINPOL-DF**

SINDICATO DOS POLICIAIS CIVIS DO DISTRITO FEDERAL

União e Luta!

sinpoldf.com.br

@ contato@sinpoldf.com.br

(61) 3701-1304/1305

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO

Matrícula PCDF:	Matrícula SIAPE:	
Nome:		
RG:	Órgão expedidor:	CPF:

Autorização e ciência,

- 1. Declaro ter ciência** e aceitar as condições constantes no Estatuto do SINPOL/DF e regulamento do GDF-Saúde, comprometendo-me a cumprir todos os atos de minha responsabilidade junto a este sindicato e ao Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal, em especial, a manter saldo suficiente na conta abaixo indicada para o cumprimento das obrigações pecuniárias;
- 2. Autorizo o desconto** dos valores correspondentes à quitação dos débitos assumidos junto ao Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal, referentes a utilização do plano GDF-Saúde, por intermédio do **débito em minha conta corrente abaixo indicada em favor do SINDICATO DOS POLICIAIS CIVIS DO DF;**
- 3. Autorizo o desconto da mensalidade sindical em meu contracheque ou o seu débito em minha conta corrente abaixo indicada em favor do SINDICATO DOS POLICIAIS CIVIS DO DF,** no valor que tiver sido decidida em assembleia, estando ciente que a filiação somente será concretizada, a partir do pagamento da 1ª mensalidade;
- 4. Declaro ter ciência e autorizo** que a instituição bancária realize a cobrança das taxas e encargos, conforme tabela própria, referentes a operacionalização do débito em conta.

Banco BRB – Banco de Brasília; Agência: _____ Conta corrente: _____

Brasília/DF, _____ de _____ de _____

Assinatura

DECLARAÇÃO

Brasília-DF, _____ de _____ de 2021.

Declaramos que a pessoa acima qualificada, encontra-se sindicalizada e quite com as obrigações estatutárias previstas.

Atenciosamente,

Seção de Benefícios

SINPOL-DF