



SINGUESP

BENEFÍCIOS DO ASSOCIADO

Sede - Rua Doutor Clementino, 345, Belenzinho, São Paulo/SP
Telefone (11) 3334.0733 | www.singuesp.org

Vem aí o novo Guia 2018/19

Por conta de facilitar o acesso à informação dos associados, o novo **Guia de Benefícios 2018/2019** estará disponível inteiramente *online*. Estamos compartilhando ele através do site e do WhatsApp (11) 942.051.685. No Guia, você encontra as principais vantagens dos Guincheiros com foco na educação, lazer, saúde e serviços diversos. Os dependentes também podem utilizar e garantir uma economia! Solicite o seu através do WhatsApp.



(11) 942.051.685



Palavra do Presidente

Com muita dificuldade, mas sem desistir jamais, temos conseguido ampliar o número de benefícios aos sócios. Utilizem estes serviços, pois é a chance de terem atendimento e produtos de qualidade no Estado por preços bem abaixo do mercado.



Francisco José Pereira da Silva (Chicão)

Presidente do Singuesp

Seja sócio! Tenha vantagens!

Quem é sócio do Sindicato, além de dar força ao nosso trabalho em prol de toda a categoria, também assegura muitas vantagens exclusivas.

Estamos sempre mais fortes graças a vocês e o número de benefícios só aumenta. Conheça mais do nosso trabalho - www.singuesp.org

Filiado à



www.singuesp.org



SIND. DOS GUINCHEIROS REMOVEDORES DE VEIC. DO ESTADO DE SÃO PAULO

SINDICATO DOS GUINCHEIROS REMOVEDORES DE VEÍCULOS DO ESTADO DE SÃO PAULO - SINGUESP - CNPJ 03.368.737/0001-50
RUA DOUTOR CLEMENTINO, Nº 345 - BELENZINHO - SÃO PAULO / SP
TELEFONES 3333.1893 / 3334.0733
E-MAIL singuesp@singuesp.org



PROPOSTA DE ADMISSÃO AO QUADRO SOCIAL - Nº

DADOS PESSOAIS

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ NATURAL: _____
CARTEIRA PROFISSIONAL Nº: _____ SÉRIE: _____ RG: _____
CPF: _____ ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO: _____ Nº _____
COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____
TELEFONE: _____ - _____ / _____ - _____ CELULAR: _____ - _____
E-MAIL: _____

DEPENDENTES

ESPOSA (O): _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___
FILHO (A): _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___
FILHO (A): _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___
FILHO (A): _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

DADOS PROFISSIONAIS

EMPRESA: _____
ENDEREÇO: _____ Nº _____
COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____
TELEFONE: _____ - _____ / _____ - _____
E-MAIL: _____
FUNÇÃO: _____ DATA DE ADMISSÃO: ___/___/___
SALÁRIO: _____

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

Eu, _____, abaixo assinado, associado desta entidade, autorizo, nos termos do artigo 545 da CLT, o recolhimento das contribuições em favor da referida entidade sindical.

Assinatura

SÃO PAULO, _____ DE _____ DE _____