

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE
CACHOEIRINHA – RS
CNPJ Nº 26.238.639/0001-01

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, Matricula _____,

Cargo/função: _____, CPF nº _____;

AUTORIZO o desconto em folha de pagamento mensal no valor de 2% (dois por cento) de um salário mínimo vigente no país em favor da ASPMC – ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE CACHOEIRINHA - RS.

Cachoeirinha-RS, ____ de _____ de _____

Ass. do Servidor requerente