

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DE CACHOEIRINHA – RS

AUTORIZAÇÃO - CONVÊNIOS ASPMC

Eu, _____, Matrícula _____,

Cargo/função: _____, CPF nº _____;

AUTORIZO O DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO EM FAVOR DA
Associação dos Servidores Públicos Municipais de Cachoeirinha – RS referente a:

- MENSALIDADE ASSOCIADO EFETIVO R\$: 2% Salário Mínimo
- PLANO ODONTOLÓGICO – ASPMC R\$: _____
- SEGURO DE VIDA – ASPMC R\$: _____
- _____ R\$: _____
- TOTAL R\$: _____**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRINHA

CÂMARA MUNICIPAL

IPREC

Cachoeirinha-RS, _____ de _____ de _____

Ass. do Servidor requerente

Obs: Apenas servidores estatutários poderão aderir ao quadro de associado EFETIVO – ASPMC.