

AUTORIZAÇÃO

DESCONTO EM FOLHA – SES

Eu,,
odontólogo (a), matrícula nº:, Lotação:.....
....., autorizo junto a **SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL**, o desconto em folha de pagamento, no valor de 1% (um por cento) sobre o
vencimento ao mês, em benefício do **SINDICATO DOS ODONTOLOGISTAS DO DISTRITO FEDERAL –
SODF**, a título de mensalidade sindical, a ser depositado em conta nº 600.163-9, Banco Regional de
Brasília S/A – BRB – Agência do Setor Hospitalar Sul, nº 215.

Brasília DF, de de

.....
(assinatura)