



FICHA DE FILIAÇÃO

Nº do Associado: _____ Data da Filiação _____

Nome completo (legível): _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP.: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Natural de _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: _____ Estado Civil: _____

RG nº: _____ Órgão expedidor: _____ CPF nº: _____

Nº Prontuário Ipem: _____

Endereço comercial: _____

DAR.: _____ Telefone: _____

Data de admissão: _____ Função atual: _____

Endereço para correspondência: _____

E-mail para contato: _____

Convênio Odontológico já contratado? () Sim () Não / Dependentes? _____

Aceito () Não Aceito ()

Data:

Assinatura do Proponente

Assinatura do Presidente

Agosto/2005

Sindicato dos Executores de Metrologia do Estado de São Paulo

Rua Santa Cruz, 1897 – Vila Gumercindo – São Paulo/SP – CEP 04121-002

Fone/fax: (11) 5061-4180 | email: secretaria@siemesp.org.br | site: www.siemesp.org.br

Autorização nº 24000.003229/90-11 – Filiado à FEESP-ESP