



Sindicato dos Executores de Metrologia do Estado de São Paulo

AUTORIZAÇÃO

À Diretoria de Recursos Humanos do IpemSP

Assunto: **Autorização para desconto em folha de pagamento**

Prezados Senhores,

Eu, _____,
lotado _____ prontuário IpemSP
nº _____, autorizo o desconto em folha de pagamento do valor referente à
mensalidade do meu plano de assistência odontológica LISDENTAL:

- () Taxa de Inscrição: R\$ _____ (_____)
- () Valor autorizado do desconto: R\$ _____ (_____)

São Paulo, _____

Assinatura