

TERMO DE ADESÃO SEGURO DE VIDA

AUTORIZO À COBRANÇA, CONFORME INFORMAÇÕES AQUI DESCRITAS.

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ: _____ QTDE. DE FUNCIONÁRIOS CONFORME GFIP: _____

NOME REPRESENTANTE LEGAL: _____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL: _____

DATA: ____/____/____



OBS.: Após assinatura e carimbo, enviar este documento para o e-mail: financeiro@sindipostos-es.com.br ou para maiores informações entrar em contato com Sra. Vânia através do tel.: (27) 3322.0104.

Atenciosamente,



EVAL GALAZI
Presidente.