



**SINDICATO DOS
MÉDICOS DO NORTE**

DECLARAÇÃO

Rua Faria Guimarães, 718, 3º Andar - 4200-289 PORTO

Telf: +351 22 509 5095 | Fax: +351 22 502 4447

E-mail: mail@sindicatomedicosnorte.pt

Nos termos e para os efeitos do disposto no nº 1 e 2 do artº 458º da Lei nº 7/2009,
de 12 de Fevereiro, referente à cobrança de quotas sindicais,

inscrito(a) no Sindicato dos Médicos do Norte, venho requerer que no meu salário seja, mensalmente, descontado e enviado àquele Sindicato o valor da quota sindical estatutariamente estabelecida, que é de 0,6% sobre as retribuições ilíquidas mensais.

....., dede

(sócio nº)

ASSINATURA

Recebemos o original da Declaração acima transcrita

....., de de

Estabelecimento

Assinatura e carimbo

.....