



**SINDICATO DOS
MÉDICOS DO NORTE**

Declaração

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

☎ +351 225 095 095 📠 +351 225 024 447

✉ mail@sindicatomedicosnorte.pt

Nos termos e para os efeitos do dispostos 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.

_____, _____ de _____ de _____

Sócio nº _____
(A preencher pelos serviços)

Assinatura:

Recebemos o original da Declaração acima transcrita

_____, _____ de _____ de _____

Estabelecimento _____

Assinatura e carimbo
