

Ficha do Sócio Contribuinte

CPF: _____

Nome:

Foto

RG.: _____

Endereço:

Bairro / Cidade:

Telefone:

Email:

Nome da Empresa:

CNPJ da Empresa:

Autorizo o desconto em folha de pagamento, de acordo com o disposto no art. 545 da CLT.

Jaú, ____ de _____ de _____

Assinatura

www.secjab.com.br diretoria@secjab.com.br Telefone: (xx14) 3626-6643

Ficha do Sócio Contribuinte

CPF: _____

Nome:

Foto

RG.: _____

Endereço:

Bairro / Cidade:

Telefone:

Email:

Nome da Empresa:

CNPJ da Empresa:

Autorizo o desconto em folha de pagamento, de acordo com o disposto no art. 545 da CLT.

Jaú, ____ de _____ de _____

Assinatura

www.secjab.com.br diretoria@secjab.com.br Telefone: (xx14) 3626-6643