

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO - FUNDAÇÃO ATLÂNTICO

Eu, _____,

CPF: _____, matrícula SISTEL n°. _____, autorizo

o desconto mensal do valor adiante indicado em favor da ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS DO SETOR DE TELECOMUNICAÇÕES NO PARANÁ – ASTELPAR, a título de contribuição de Associado desta entidade. O referido valor deverá ser descontado dos benefícios pagos pela FUNDAÇÃO ATLÂNTICO DE SEGURIDADE SOCIAL.

Valor do desconto mensal: R\$ _____ (_____ reais), a partir de ____/____/20__.

Curitiba, _____/_____/_____

Assinatura