



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
SEÇÃO DISTRITO FEDERAL
CNPJ N ° 33.989.468/0030-44.

DECLARAÇÃO

Declaro junto a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, que concordo com o desconto mensal de 0,6%, em cima do salário base, em folha de pagamento, conforme aprovado na 2ª Assembleia Geral de Associados do dia 29/03/2014, em benefício da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO DISTRITO FEDERAL (ABEn–DF) – CNPJ: 33.989.468/0030-44, afim de associar-me a referida entidade, cabendo-me direito a gozar dos benefícios concedidos pela mesma.

Brasília–DF, _____ de _____ de _____.

Associado

ABEn-DF

Nome Completo:

CPF/RG:

Endereço:

Telefone:

Descrição do cargo público: () Enfermeiro () Técnico () Auxiliar

Local de trabalho:

Matrícula:

***anexar cópia do RG e CPF**