Autorização de Débito Directo

(A preencher pelo STSS)

N.º de Identificação do Credor | | | | | | |

N.º de autorização do Débito em Conta | | | | | | | | | | | |

Associado (a) n.º _____

Eu, _____, autorizo que por débito da minha conta abaixo indicada procedam ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas pelo Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores de Saúde das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica, para pagamento da quotização sindical.

IBAN

SWIFT

Assinatura: _____

Data: ____/____/_____

Por favor indique a periodicidade de pagamento:

Mensal ☐ Trimestral ☐

Assim como o valor que aufere mensalmente:

_____€

Sede: Rua Dr. Campos Monteiro, 170
4465-049 S Mamede Infesta
Telf: 22 9069170 Fax: 22 9069179

Delegação: Rua Conde Redondo, 61 – 3º A
1150-102 Lisboa
Telf: 21 3192950 Fax: 21 3192959