SINDICATO NACIONAL DOS TÉCNICOS SUPERIORES DE SAÚDE DAS ÁREAS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO

Eu,_____,

associado (a) do STSS nº_____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

P	T	5	0																					

SWIFT

Nº de identificação do credor

1	**0**	**7**	**8**	**7**	**7**

Valor ordenado ilíquido (base):_____€ **Quota mensal_____€**

Assinatura: _____

Data:_____/____/_____