



**ASSOCIAÇÃO DE SERVIÇOS SOCIAIS
DOS TRABALHADORES DAS AUTARQUIAS DO SEIXAL**

Rua dos Carpinteiros de Machado, 18 * 2840-511 Seixal

Declaração

Autorização para desconto mensal da quota

Nome: _____ Sócio nº _____

Funcionário da _____ Categoria profissional _____

Autorizo que seja efectuado desconto mensal de 1% sobre o meu vencimento base, referente a quota da ASSTAS – Associação dos Serviços Sociais dos Trabalhadores das Autarquias do Seixal.

Seixal, _____ de _____ de _____

A Direcção da ASSTAS

O Associado
