

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: ____/____/____