



**SINDICATO Nacional DE TRABAJADORES
DE ENFERMERIA – SINATRAE
REG. 14/86 AFILIADO A LA CNUS / ISP**

AUTORIZACION DE DESCUENTO COMO MIEMBRO DE SINATRAE

Fecha: _____

Yo: _____

Cedula: _____ Estado Civil: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Hospital: _____

Cuota Sindical: _____

Firma: _____

Secretario de Organización

Secretaria de General