

REQUERIMENTO – FILIAÇÃO

Ao

Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Maranhão

Eu _____

Venho requerer minha filiação ao Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Maranhão.

Endereço para contato: _____

Telefone: _____

Nesses termos
Pede Deferimento

Cidade _____ / ____ / ____ / ____.

Assinatura do requerente.