SINDICATO NACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE FARMÁCIA E PARAMÉDICOS

Rua Almeida e Sousa, 21 - 2º Dto. - 1350-006 LISBOA - Tel./Fax. 213 900 168 / 9 - Email - sifap@iol.pt
Rua Joao das Regras, 284 - 1º - Sala 101 - 4000-291 PORTO - Tel./Fax. 222 051 090 - Email - sifap.porto@iol.pt
Internet - www.sifap.pt

SIFAP

Empresa Nº - _____

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO DUPLICADO

Empresa _____ _____

Ano _____ Morada _____ _____

Trimestre_____ Localidade _____ _____

Meses_____ Distrito _____ _____

Mapa de Cotização

Nº Sócio	Nome	Categ.	Venc.Base + Diut			Total			Nº Diut.		Cotas 1% Total			Rubrica

_____DE_____DE 200___

N.B.: ENVIAR AO SINDICATO ATÉ AO DIA 10 DO MÊS SEGUINTE AO TRIMESTRE
E/OU AO MÊS A QUE DIZ RESPEITO ACOMPANHADO DA IMPORTÂNCIA.

ASSINATURA E CARIMBO - _____