



ASSOCIAÇÃO DOS COMPANHEIROS
APOSENTADOS E PENSIONISTAS DE EMPRESAS
DE TELECOMUNICAÇÕES

Av Barão de Studart 2500 – Salas 601/603 – Tel: 3246-1823 – Fax: 3246-1139

ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO - SISTEL

CONVÊNIO N°

Eu, _____, participante assistido (a) / pensionista da **FUNDAÇÃO SISTEL DE SEGURIDADE SOCIAL** Matrícula nº. _____, pela presente DECLARO esta ciente e aceitar os termos do convênio em referência pelo que **AUTORIZO** a referida FUNDAÇÃO a proceder o desconto de 1% (um por cento) incidente sobre meus benefícios brutos, observada a limitação decidida anualmente em Assembléia Geral Ordinária e constante do convênio em pauta, a título de Contribuição de Associado em favor da ASSOCIAÇÃO DOS COMPANHEIROS APOSENTADOS E PENSIONISTA DE EMPRESAS DE TELECOMUNICAÇÕES ACATE.

Local e data

Assinatura do participante