



Sindicato dos Acupunturistas e Terapias Orientais do Estado de São Paulo

Rua Ouvidor Peleja, 394 – Saúde – São Paulo – SP – CEP 04128-000
Fone (11) 5584-7733 Fax (11) 5584-6732 Site: www.satosp.com
e-mail: satosp@satosp.com ou satosp.satosp@hotmail.com

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITOS

Nº DE SINDICALIZADO _____

NOME : _____

ENDEREÇO : _____

COMPL.: _____ BAIRRO : _____

CIDADE : _____ UF : _____ CEP. : _____

FONE : (____) _____ CEL.: (____) _____

E-MAIL : _____

Declaro pela presente optar pela forma de pagamento em:

() boleto bancário

() Cartão de Crédito

Autorizo ao **SATOSP** – Sindicato dos Acupunturista e Terapias Orientais do Estado de São Paulo a debitar no meu cartão de crédito.

() MASTERCARD

() VISA

De número do cartão _____

Cód. De Autorização _____ Venctº do cartão _____

Nº de parcelas _____

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura