

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DE CONVÊNIO

Nome do responsável: _____ Mat.: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

AUTORIZO O (A) ASSOCIADO (A) DA AFALESC EM CARÁTER TEMPORÁRIO, SR (A).:

mat.: _____

lotado (a) no _____

a usufruir dos benefícios oferecidos pela mesma, referente a convênios com empresas comerciais prestadoras de serviços, plano de saúde e odontológicos, ficando pessoalmente coobrigado pelo ressarcimento de eventuais inadimplências praticadas pelo servidor acima, podendo, nestes casos, a AFALESC ressarcir-se através de descontos em meu contracheque, mediante a apresentação ao competente da ALESC, da prova de pagamento e de cópia do presente Termo de Responsabilidade.

Florianópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável: _____