



Nº.....

Área.....

PROPOSTA DE ASSOCIADO

Clinica Física Reabilitação Clínica Médica Especialidades Análises Clínicas Alergologia Cardiologia Cirurgia Geral Cirurgia Vascular Clínica Geral Dermatologia Endocrinologia Enfermagem Estomatologia Gastroenterologia Ginecologia Medicina Dentária Neurocirurgia Nutrição Obstetrícia Oftalmologia Ortopedia Otorinolaringologia Pediatria Perícias Médico Legais Pneumologia Podologia Próteses Dentárias Psicologia Psiquiatria Reumatologia Terapia Fala Urologia

Benefício de Subsídio Funeral e Assistência Médica | 3,00€

Benefício de Assistência Médica | 1,50€

Nome:

Morada de Residência:

C. Postal: **Localidade | Concelho:**

B. Identidade | Cartão Cidadão Nº: **Contribuinte Nº:**

Telefone de Contacto: **Nº Utente Saúde:**

Estado Civil: **D. Nascimento:** / / **Naturalidade:**

E-mail: **Profissão:**

Filho de: **e de:**

..... **Solicito para ser admitido como sócio na forma requerida.**

Modo de Pagamento

Cobrador na Residência

Morada (preencher apenas caso seja diferente de morada de residência):

.....

C. Postal: **Localidade | Concelho:**

Autorização de Débito Directo

IBAN:

Nome Titular: **Banco:**

Assinatura Titular de Conta:

Trimestral **Semestral** **Anual**

Declaro que recebi desta Instituição os seus Estatutos e Regulamento de Benefícios de Associado

S. Mamede de Infesta, **de** **de**

Associado Proponente Nº: **Aprovado em:** / /

.....

O Presidente

.....

O Candidato

Com o preenchimento desta ficha de candidatura de associado, os titulares dos dados pessoais consentem, expressa e inequivocamente, o tratamento e a titularidade dos dados fornecidos a esta Associação, autorizando ainda actividades de comunicação para efeitos de marketing e melhor gestão dos serviços prestados.

- S** **N**
Declaro que os dados constantes da proposta, correspondem à verdade e que tomei conhecimento que as afirmações inexactas implicam a respectiva anulação da inscrição de associado.
- S** **N**
Declaro que pretendo ser admitido como associado, pelo que me comprometo a observar as disposições dos Estatutos e Regulamento de Benefícios.
- S** **N**
No caso do local de cobrança ser diferente da morada de residência, declaro que tenho autorização para que a cobrança seja efectuada nesse local.
- S** **N**
Declaro ainda que tomei conhecimento que a Política de Privacidade da Associação se encontra disponível no balcão da instituição e em www.asmmamede.com.
- S** **N**
Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais pela Associação, para envio por correio, email e SMS, de comunicações relativas a produtos, serviços e eventos realizados pela Associação.
- S** **N**
Declaro aceitar o tratamento dos dados pessoais fornecidos, necessário à execução do contrato, ou procedimentos pré-contratoais a pedido do titular dos dados, para o acesso ao Serviço de Assistência Médica ao Domicílio, no cumprimento das obrigações legais inerentes à atividade realizada e salvaguarda dos interesses vitais do titular ou de terceiro, legitimidade conferida pelas alíneas b), c) e d) do nº1, do arti.6º do RGPD.

Data _____

Assinatura do Associado _____