



A BENEFICÊNCIA
FAMILIAR
ASSOCIAÇÃO DE SOCORROS MÚTUOS DESDE 1877



NOME

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

Nº IDENTIFICAÇÃO

CONTRIBUINTE

UTENTE

NISS

FREGUESIA NASCIMENTO

PASSAPORTE

FILIAÇÃO

PAI

MÃE

MORADA

FREGUESIA

CÓDIGO POSTAL

CONTACTOS

TELEMÓVEL

FIXO

EMAIL

COMO CHEGOU ATÉ NÓS?

RÁDIO PUBLICIDADE INTERNET
FAMILIAR AMIGO LIGA/FARMÁCIAS
CEP OUTRO _____

MOTIVO DA INSCRIÇÃO

MÉDICO TURISMO PARCERIA
FUNERÁRIA SEGUROS UNIV. SENIOR
CEP TODOS

PROFISSÃO

PAGAMENTO DA QUOTA:

COBRADOR

LOCAL _____

SEDE

TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

REFERÊNCIA MULTIBANCO **3 / 6 / 12**

DESEJO SER ASSOCIADO DE A BENEFICÊNCIA FAMILIAR, NOS TERMOS ESTATUTÁRIOS E REGULAMENTARES NA CLASSE :

NOTA: OBRIGATÓRIO ASSINAR AQUI, NA CLASSE QUE PRETENDE SUBSCREVER, E NO VERSO 

(assinatura conforme o documento de identificação)

CLASSE FAMILIAR ATÉ 55 _____

CLASSE FAMILIAR ATÉ 60 _____

CLASSE FAMILIAR ATÉ 65 _____

O associado tem acesso a um subsídio pré-acordado, mediante modalidade subscrita.
Todas as modalidades têm acesso aos serviços disponibilizados pela Associação.

AO APRESENTAR ESTA PROPOSTA, O CANDIDATO DEVE EXIBIR A SUA IDENTIFICAÇÃO

A preencher pelos serviços da secretaria

DISTRITO

Declaro que comprovei a veracidade dos dados pessoais presentes nesta ficha de inscrição.

Funcionário _____

A BENEFICÊNCIA FAMILIAR - Associação Socorros Mútuos

Rua Formosa, n.º 343 a 353 • 4000-252 Porto, Portugal • www.abfamiliar.pt • geral@abfamiliar.pt
Tel. 222 087 520 / 223 320 961 • Tlm 962 004 508 • Custo de chamada para rede fixa/móvel nacional
Registado na DGSS, inscrição n.º 28/81, a fls. 48 verso do livro 2 das ASM • NIPC n.º 500746516

Os Serviços de Médico e de Enfermagem ao Domicílio
abrangem mais três elementos coabitantes
do seu agregado familiar

1. Nome _____

Data Nascimento: ___/___/____ Parentesco _____

2. Nome _____

Data Nascimento: ___/___/____ Parentesco _____

3. Nome _____

Data Nascimento: ___/___/____ Parentesco _____

Assinale a opção pretendida:

Sim Não

- Declaro que os dados constantes da proposta, correspondem à verdade e que tomei conhecimento que as afirmações inexatas implicam a respectiva anulação da inscrição de associado.
- Declaro que pretendo ser admitido como associado, pelo que me comprometo a observar as disposições dos Estatutos e Regulamento de Benefícios.
- No caso do local de cobrança ser diferente da morada de residência, declaro que tenho autorização para que a cobrança seja efectuada nesse local.
- Declaro ainda que tomei conhecimento que a Política de Privacidade da Associação se encontra disponível no balcão da instituição e em www.abfamiliar.pt
- 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.
- Declaro aceitar o tratamento dos dados pessoais fornecidos, necessário à execução do contrato, ou procedimentos pré-contratuais a pedido do titular dos dados, para o acesso aos Serviços de Assistência Médica e Enfermagem 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 nº 1, do artigo 6º do RGPD.
- Autorizo também o fornecimento dos dados pessoais presentes nesta adesão às entidades que vão fornecer, em concreto, o Serviço de Assistência Médica e de Enfermagem ao Domicílio.

Data de admissão: _____

Assinatura do Candidato _____

(assinatura conforme o documento de identificação)