



## FICHA DE INSCRIÇÃO / ATUALIZAÇÃO

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \_\_\_\_\_

CÓD. POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_

TELEMÓVEL \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

PROFISSÃO \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

SEXO M

F

CARTÃO DE CIDADÃO/BI \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_

SISTEMA DE SAÚDE \_\_\_\_\_

BENEFICIÁRIO \_\_\_\_\_

Declaro que quero ser associado da Associação de Socorros Mútuos João de Deus, responsabilizando-me pela manutenção dos meus dados pessoais actualizados junto da Instituição, tendo-me sido entregue o Cartão de Associado e um exemplar do Regulamento de Benefícios ao Associado,

Silves, \_\_\_\_ De \_\_\_\_\_, De \_\_\_\_\_

ASSINATURA CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Autorizo que me sejam enviadas comunicações informativas e de marketing para promoção de serviços de saúde, relativo a Associação Socorros Mútuos João de Deus, através de diferentes canais de comunicação, quer físicos quer digitais, nomeadamente notificações eletrónicas, carta, SMS ou e-mail.

Silves, \_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_

ASSINATURA CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RESERVADO AO SERVIÇOS

**INSCRIÇÃO**

Nº DE ASSOCIADO \_\_\_\_\_

PROCESSADO EM \_\_\_\_\_

POR \_\_\_\_\_

**ALTERAÇÃO**

PROCESSADO EM \_\_\_\_\_

POR \_\_\_\_\_