



PROPOSTA PARA ASSOCIADO

AGRADECEMOS QUE PREENCHA COM LETRAS MAIÚSCULAS SOMENTE AS QUADRÍCULAS NÃO SOMBREADAS

CAT	SÓCIO N.º	DATA DE ADMISSÃO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL
		A A M M D D	A A A A M M D D	M F	S C D V

NOME (COMPLETO)																												

MORADA																												

CÓDIGO POSTAL	LOCALIDADE

TELEFONE	TELEMÓVEL	E-MAIL

PROFISSÃO	NIF	N.º DE UTENTE DO S.N.S.

CARTÃO DE CIDADÃO / BI	DATA DE VALIDADE
	A A A A M M D D

COBRANÇA DE QUOTAS

TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA			IBAN																									
SEMESTRAL	ANUAL																											

ASSINATURA (ACEITE PELO BANCO)

COBRADOR				COBRADOR																								
TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL																										

QUESTIONÁRIO CLÍNICO (A PREENCHER PELO CANDIDATO)

Sofreu ou sofre de qualquer doença? NÃO SIM

No caso de SIM, indicar qual ou quais: _____

Já foi operado? NÃO SIM

No caso de SIM, indicar a quê: _____

Observações: _____



CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. IDADE DE ADMISSÃO

Associados Familiares – Até aos 18 anos.

Associados Efetivos – A partir dos 18 anos.

2. QUOTAS

Valor da quota mensal 6,00€ (Acréscimo a 13ª quota ao mês de dezembro).

3. INSCRIÇÃO

No ato de inscrição para sócio deverá:

- Entregar proposta devidamente preenchida;
- Entregar uma fotografia tipo passe;
- Apresentar o Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade (scan devidamente autorizados);
- Pagar 10,00€ referente à jóia. **Menores isentos.**

NOTA: O valor referido em d) será integralmente devolvido caso a proposta de admissão não seja aprovada.

4. PAGAMENTO DE QUOTAS

Aceitar o pagamento das Quotas por débito em conta bancária (Semestral ou Anual) ou por cobrador (Trimestral, Semestral ou Anual).

5. DIREITOS

Logo que admitido, o novo Associado tem de imediato direito a Consultas Médicas, Exames Complementares e Serviços de Enfermagem.

Nota: Os Associados que não possam estar presentes nas consultas marcadas pelo telefone ou pela internet, devem informar os respetivos serviços do motivo da impossibilidade de comparência, com vinte e quatro horas de antecedência, caso não o façam a consulta deverá ser paga.

- A aprovação da qualidade de Associado ocorrerá dentro dos 15 (quinze) dias seguintes à data da entrega da proposta.
- Para conhecimento dos restantes direitos e deveres, por favor consulte os Estatutos e Regulamentos dos Associados.

Dou consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais, nos termos da legislação em vigor.

6. POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os dados pessoais recolhidos, incluindo os relacionados com a sua saúde, têm como finalidade a prestação de cuidados de saúde e serão tratados pela Clínica de São Cristóvão, bem como por entidades por esta subcontratadas para prestação de serviços.

Os dados relacionados com a sua saúde apenas serão tratados por profissionais obrigados a sigilo e na medida do estritamente necessário para a prestação de cuidados de saúde, podendo ser comunicados aos seus familiares, quando esteja em causa o exercício de um direito ou para efeitos de diagnóstico de doenças hereditárias ou genéticas, se estiver física ou legalmente incapaz de dar o seu consentimento.

Caso pretenda que os serviços médicos prestados sejam abrangidos pelo seu seguro ou subsistema de saúde, os seus dados pessoais poderão ser comunicados às entidades respetivas.

No caso de o Associado ter idade inferior a 16 anos ou ser incapaz, cabe ao titular da responsabilidade parental ou da tutoria juntar ao processo administrativo do menor ou incapaz o documento comprovativo dessa titularidade, bem como assinar a presente proposta para associado e dar o consentimento, quando aplicável, para o tratamento dos dados do menor ou incapaz. Nos termos legais, são-lhe garantidos os direitos de retirar o consentimento (quando aplicável), acesso, retificação, portabilidade, alteração, limitação, oposição e eliminação dos dados pessoais. Acresce, ainda, o direito de apresentar reclamação perante a Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Dados de contacto para exercer os seus direitos - Encarregado da Proteção de Dados: margarida.oliveira@clinicasaocristovao.pt.

O PROPOSTO

Declaro ter lido e aceito as Condições de Admissão.

O Sócio Efetivo proponente n.º _____

Nome _____

Assinatura _____