



PROPOSTA PARA ASSOCIADO

AGRADECEMOS QUE PREENCHA COM LETRAS MAIÚSCULAS SOMENTE AS QUADRÍCULAS NÃO SOMBREADAS

CAT	ASSOCIADO 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

DÉBITO DIRETO				IBAN																	
TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL																			
ASSINATURA (ACEITE PELO BANCO) _____																					
COBRADOR				COBRADOR _____																	
TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL																			

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 6,50€ (Acréscimo a 13ª quota ao mês de dezembro).



CONDIÇÕES DE ADMISSÃO (continuação)

3. INSCRIÇÃO

No ato da inscrição é necessário:

- Proposta devidamente preenchida e assinada;
- Uma foto tipo passe;
- Cartão do Cidadão/BI ou scan devidamente autorizado;
- Jóia/Inscrição 50€ (Sócios Efetivos) ou Jóia/Inscrição 40€ (Sócios Familiares).

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

4. PAGAMENTO QUOTA

Fica isento do pagamento das seis primeiras quotas.

O pagamento de quotas pode ser por débito direto ou cobrador (Anual, Semestral ou Trimestral). Por transferência bancária ou na Sede.

5. DIREITOS

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

Nota: Caso não possa comparecer na data agendada para consulta ou exame, deverá proceder à desmarcação com a maior antecedência possível, presencialmente, por telefone ou mail.

- 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 na presente ficha têm como finalidade garantir o exercício dos seus direitos e deveres na qualidade de associado. A entidade responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais é a CSC-ASMECL.

Os seus dados apenas serão tratados por profissionais sujeitos a sigilo e na medida do estritamente necessário. Os dados recolhidos podem ser cedidos a terceiros mediante autorização expressa do titular dos dados pessoais, ou quando tal resulte de obrigação jurídica. Os seus dados poderão ainda ser comunicados a entidades subcontratadas que nos prestem serviços, designadamente tecnológicos.

Os seus dados pessoais serão conservados durante o período de 10 anos após perder, por qualquer motivo, a qualidade de associado.

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 requerimento à CSC-ASMECL com a pretensão que deseja, ou reclamação à CNPD ou outra entidade de controlo competente nos termos da Lei. A CSC-ASMECL nomeou um Encarregado de Proteção de Dados que pode ser contactado através do seguinte endereço eletrónico: dpo@clinicasaocristovao.pt.

O PROPOSTO

Declaro ter lido e aceito as Condições de Admissão

O Associado Efetivo proponente n.º _____

Nome _____

Assinatura _____

MOD17:15

