

PROPOSTA PARA ASSOCIADO

Agradecemos que preencha com letras maiúsculas somente as quadrículas não sombreadas

CAT	Associado nº	Data de Admissão	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Nacionalidade
		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																								

Telemóvel					Telefone					e-mail																				

NIF					Nº Utente do SNS					Cartão de Cidadão / BI					Data de validade															

Cobrança de quotas

Débito direto				Iban																									
Trimestral	Semestral	Anual																											

Assinatura do titular da conta bancária (aceite pelo banco) _____

Transferência bancária	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------

Sede/balcão	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

O PROPOSTO	

Declaro ter aceite as Condições de Admissão, conforme em anexo	

O Associado Efectivo proponente nº _____
Nome _____
Assinatura _____

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 7,50 € (Acresce a 13ª quota ao mês de Dezembro).

3. INSCRIÇÃO

No acto da inscrição é necessário:

a) Proposta devidamente preenchida e assinada;

b) Uma foto tipo passe;

c) Cartão de Cidadão/BI ou scan devidamente autorizado;

d) Inscrição 50,00 € (Sócios Efetivos) ou Inscrição 40,00 € (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 cinco primeiras quotas.

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

IBAN PT50 0033 0000 0018 0814 0693 7 - comprovativo c/ nº associado e nome titular conta p/ associados@clinicasaocristovao.pt

5. DIREITOS

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

Nota: Caso não possa comparecer na data agendada para qualquer acto médico, 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. POLITICA 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 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.

Associado nº

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 7,50 € (Acresce a 13ª quota ao mês de Dezembro).

3. INSCRIÇÃO

No acto da inscrição é necessário:

- Proposta devidamente preenchida e assinada;
- Uma foto tipo passe;
- Cartão de Cidadão/BI ou scan devidamente autorizado;
- Inscrição 50,00 € (Sócios Efetivos) ou Inscrição 40,00 € (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 cinco primeiras quotas.

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

IBAN PT50 0033 0000 0018 0814 0693 7 - comprovativo c/ nº associado e nome titular conta p/ **associados@clinicasaocristovao.pt**

5. DIREITOS

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

Nota: Caso não possa comparecer na data agendada para qualquer acto médico, 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. POLITICA 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 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.