Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários de Ponta Delgada

SEJA SÓCIO POR UMA BOA CAUSA - ESTAMOS PRONTOS A AJUDÁ-LO. AJUDE-NOS A AJUDAR OS OUTROS

Serviço de Assistência Médica Noturna Domiciliária

A.M. N.º: ☐☐☐☐☐☐☐
Sócio N.º: ☐☐☐☐☐☐☐

NOME: _____

C.C.: _____ Nº. CONTRIBUINTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/_____ NATURALIDADE: _____

MORADA: _____

E-MAIL: _____

FREGUESIA: _____ CONCELHO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____-_____ PROFISSÃO: _____

TLF RESIDÊNCIA: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ TLM: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ AG FAMILIAR Nº. _____

MODALIDADE DE PAGAMENTO

	Assistência Médica (sócio)	Assistência Médica (não-sócio)
MENSAL	**3,25 €** ☐	**4,00 €** ☐
TRIMESTRAL	**9,75 €** ☐	**12,00 €** ☐
SEMESTRAL	**19,50 €** ☐	**24,00 €** ☐
ANUAL	**39,00 €** ☐	**48,00 €** ☐

COBRANÇA

Secretaria ☐
Cobrador ☐
Transf. Bancária ☐
Débito Bancário ☐

DATA: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ CÓDIGO DE COBRANÇA: ☐☐☐☐☐

Assinatura

_____

----------✂----------

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Exmos. Senhores, autorizo por débito da conta abaixo indicada, que procedam, até nova comunicação, aos pagamentos das importâncias que vos forem apresentadas pela Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários de Ponta Delgada.

IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

BANCO _____ BALCÃO _____

NOME DO TITULAR: _____

ASSINATURA: _____

	Assistência Médica (sócio)	Assistência Médica (não-sócio)
SEMESTRAL	**19,50 €** ☐	**24,00 €** ☐
ANUAL	**39,00 €** ☐	**48,00 €** ☐

☐ Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais e dados bancários à AHBVPD, para os efeitos previstos no disposto no art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (EU)2016/679 do P. E. e do Conselho de 27 de abril de 2016 (RGPD).

Os dados recolhidos serão tratados informaticamente e destinam-se à gestão do cartão de cliente, assistindo ao seu titular o direito de acesso, retificação, alteração ou eliminação, bastando para tal contactar a AHBVPD.