

Sócio _____

Proposta _____

L.º _____ Fls. _____

Data ____/____/____

Identificação

Nome _____

*Data de Nascimento ____/____/____ Naturalidade _____

*C.C/B.I. n.º _____, válido até ____/____/____

Outro _____ n.º _____, válido até ____/____/____

NIF _____

Estado Civil _____ Profissão _____

*N.º Utente SNS _____

Utentes de outros subsistemas: Sistema _____ N.º Beneficiário _____

Contactos

*Morada _____

Localidade _____ C. Postal _____ - _____

Telefone _____ *Telemóvel _____

Email _____

Setúbal, ____ de ____ de ____

O Candidato _____

O Presidente do Conselho de Administração

Autorizo a utilização dos meus dados pessoais para fins diretamente relacionados com a inscrição de associado da Associação de Socorros Mútuos Setubalense.

Autorizo a ASMS a enviar-me informação relevante. Sim Não

Agregado Familiar

Nome _____

Parentesco _____ Profissão _____

Data de nascimento ___/___/_____ Naturalidade _____

N.º Utente SNS _____ NIF _____

Utentes de outros subsistemas: Sistema _____ Nº Beneficiário _____

Nome _____

Parentesco _____ Profissão _____

Data de nascimento ___/___/_____ Naturalidade _____

N.º Utente SNS _____ NIF _____

Utentes de outros subsistemas: Sistema _____ Nº Beneficiário _____

Nome _____

Parentesco _____ Profissão _____

Data de nascimento ___/___/_____ Naturalidade _____

N.º Utente SNS _____ NIF _____

Utentes de outros subsistemas: Sistema _____ Nº Beneficiário _____

Nome _____

Parentesco _____ Profissão _____

Data de nascimento ___/___/_____ Naturalidade _____

N.º Utente SNS _____ NIF _____

Utentes de outros subsistemas: Sistema _____ Nº Beneficiário _____

Nome _____

Parentesco _____ Profissão _____

Data de nascimento ___/___/_____ Naturalidade _____

N.º Utente SNS _____ NIF _____

Utentes de outros subsistemas: Sistema _____ Nº Beneficiário _____