

**SÓCIO / BENEFICIÁRIO TITULAR**

O preenchimento do presente impresso é obrigatório para a inscrição, readmissão ou actualização de dados relativos à qualidade de Sócio do SBC ou de Beneficiário dos SAMS-Centro.

<p><b>INSCRIÇÃO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>READMISSÃO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>ACTUALIZAÇÃO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>2ª VIA</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sócio SBC <input type="checkbox"/></p> <p>Beneficiário SAMS <input type="checkbox"/></p> <p>Já foi sócio/Benef. ? <input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b></p> <p>Se sim indique: N.º <input type="text"/></p>	<p><b>Para uso exclusivo dos Serviços</b></p>	<p>Parecer / Despacho</p> <p><b>Recepção</b> <input type="text"/></p> <p><b>Conf.</b> <input type="text"/></p> <p><b>Reg. Inf.</b> <input type="text"/></p>
--	--	---	---

  

N.º Sócio <input type="text"/>	N.º Beneficiário SAMS <input type="text"/>		
Nome completo (igual ao B.I. e sem abreviaturas) <input type="text"/>			
Residência-Distrito <input type="text"/>	Concelho <input type="text"/>	Freguesia <input type="text"/>	Localidade <input type="text"/>
Rua, Av.ª <input type="text"/>			
N.º <input type="text"/>	Andar <input type="text"/>	Cód. Postal <input type="text"/>	Loc. Cód. Postal <input type="text"/>
Telemóvel / Fixo <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>		
Data de Nascimento			
Ano <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>	Dia <input type="text"/>	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Solteiro Casado Viúvo Divorcia.Separado	
Est. Civil <input type="text"/>		N.º Contribuinte <input type="text"/>	
B.I. <input type="checkbox"/>	C. Cidadão <input type="checkbox"/>	Autoriz. Resid. <input type="checkbox"/>	Passaporte <input type="checkbox"/>
Número <input type="text"/>		Data de Emissão	
		Ano <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>
		Dia <input type="text"/>	
Local Emissão <input type="text"/>			
Instituição de Crédito <input type="text"/>		Local de Trabalho <input type="text"/>	
Situação Profissional			
Efectivo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Reform. <input type="checkbox"/> Pension. <input type="checkbox"/> Pens.Filho <input type="checkbox"/> Pré-refor. <input type="checkbox"/>			
Nível <input type="text"/>		Habilitações Literárias <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			
Data de Admissão			
Na instituição		No Sector Bancário	
Ano <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>	Ano <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>
Dia <input type="text"/>		Dia <input type="text"/>	
		Se eventual	
		Data início contrato	
		Ano <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>
		Dia <input type="text"/>	
		Data fim contrato	
		Ano <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>
		Dia <input type="text"/>	
N.º Segurança Social <input type="text"/>		Utente Serv. Nac. de Saúde N.º <input type="text"/>	
<p>Autorizo que me seja processado por transferência bancária o valor das participações e outros créditos, bem como os atribuídos ao meu agregado familiar.</p> <p style="text-align: right;">NIB <input type="text"/></p>			
<p>Autorizo a dedução no meu vencimento ou pensão de reforma/sobrevivência dos encargos pelo pagamento de serviços que me sejam prestados pelo SBC ou os SAMS-Centro, bem como do meu agregado familiar.</p>			
<p>Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, bem como os obtidos através da atribuição de participações e/ou prestação de serviços pelo SBC e pelos SAMS-Centro sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBC ou dos SAMS-Centro.</p>			
Data <input type="text"/>		<b>O Sócio / Beneficiário Titular</b>	
		(Assinatura conforme B.I.)	
<p>O SBC ou os SAMS-Centro é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correcção e supressão, sempre que legitimamente o solicite por escrito.</p>			

N.º Sócio do SBC <input type="text"/>	
Nome completo <input type="text"/>	
Instituição <input type="text"/>	Local de Trabalho <input type="text"/>
<p>Declaro que autorizo a dedução no meu vencimento/pensão de reforma nos termos e para os efeitos da Lei 57/77, de 5 de Agosto, no valor da quota de 1,5% estatutariamente estabelecida, para o Sindicato supramencionado, devendo, mensalmente, a sua remessa para aquele Sindicato ser processada nos termos contratuais.</p>	
Data <input type="text"/>	
<b>O Sócio</b>	
(Assinatura conforme B.I.)	

**DOCUMENTOS A ANEXAR:**

- **Bilhete de Identidade ou autorização de residência ou passaporte** (fotocópia);
  - **Cartão de Contribuinte Fiscal** (fotocópia);
  - **Cartão de Utente do SNS** (fotocópia);
  - **Uma fotografia** (se inscrição como associado do SBC);
  - Eventualmente, outros que o SBC ou os SAMS-Centro entendam solicitar.
- } ou fotocópia do Cartão de Cidadão

**e ainda:**

- Se Contrato a termo: - fotocópia do contrato de trabalho;
- Se pensionista: - declaração da Instituição de Crédito responsável pelo pagamento da pensão, confirmando a situação e a respectiva data de início, ou fotocópia do recibo da pensão.