

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>INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/></p> <p>READMISSÃO <input type="checkbox"/></p> <p>ACTUALIZAÇÃO <input type="checkbox"/></p> <p>2ª VIA <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"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Se sim indique: N.º <input type="text"/></p>	<p>Para uso exclusivo dos Serviços</p>	<p>Parecer / Despacho</p> <p>Recepção <input type="text"/></p> <p>Conf. <input type="text"/></p> <p>Reg. Inf. <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"/>	
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
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"/>	

Autorizo que me seja processado por transferência bancária o valor das participações e outros créditos, bem como os atribuídos ao meu agregado familiar. NIB

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.

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.

Data / /

O Sócio / Beneficiário Titular

(Assinatura conforme B.I.)

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.

N.º Sócio do SBC <input type="text"/>	
Nome completo <input type="text"/>	
Instituição <input type="text"/>	Local de Trabalho <input type="text"/>
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.	
Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
O Sócio	
_____ (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.