

SÓCIO / BENEFICIÁRIO

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

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

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Viúvo Divorcia. Separado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Est. Civil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			N.º Contribuinte <input type="text"/>
B.I. <input type="checkbox"/>	Autoriz. Resid. <input type="checkbox"/>	Passaporte <input type="checkbox"/>	Número <input type="text"/>
Data de Emissão			Local Emissão <input type="text"/>
Ano <input type="text"/>		Mês <input type="text"/>	Dia <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 <input type="text"/>		No Sector Bancário <input type="text"/>	
Ano <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>	Dia <input type="text"/>	
Data início contrato <input type="text"/>		Se eventual <input type="checkbox"/>	
Ano <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>	Dia <input type="text"/>	
Data fim contrato <input type="text"/>		Data fim contrato <input type="text"/>	
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"/>	
N.º Caixa Geral de Aposentações <input type="text"/>			

Autorizo que me seja processado por transferência bancária o valor das comparticipações 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 comparticipações 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

(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.

AGREGADO FAMILIAR	N.º Serviços Sociais da CGD	Parentesco	Data de Nascimento
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

DOCUMENTOS A ANEXAR:

- **Bilhete de Identidade ou autorização de residência ou passaporte** (fotocópia);
- **Cartão de Contribuinte Fiscal** (fotocópia);
- **Uma fotografia**
- **Autorização de desconto sindical**
- Eventualmente, outros que o SBC ou os SAMS-Centro entendam solicitar.

e ainda:

- Se Contrato a termo: - fotocópia do contrato de trabalho;