

UTENTE

O preenchimento do presente impresso é obrigatório para a inscrição ou actualização de dados relativos à qualidade de Utente dos SAMS-Centro **ex. Beneficiários e familiares dos Beneficiários do Regime Especial.**

<p>INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/></p> <p>ACTUALIZAÇÃO <input type="checkbox"/></p> <p>2ª VIA <input type="checkbox"/></p>	<p>Nº <input style="width: 50px;" type="text"/> Posto Clínico de <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Parecer / Despacho</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Recepção <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Conf. <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Reg. Inf. <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/></p>
--	--

Para uso exclusivo dos Serviços

Nº Utente

Nome completo do familiar *(igual ao B.I. e sem abreviaturas)*

Se já foi Beneficiário dos SAMS indique o N.º Parentesco com o Beneficiário Titular

Residência-Distrito Concelho Freguesia Localidade

Rua, Av.^a

N.º Andar Cód. Postal - Loc. Cód. Postal

Telefone da residência Telemóvel Nacionalidade-País Naturalidade-País

Naturalidade-Distrito Concelho Freguesia Localidade

Data de Nascimento
Ano Mês Dia Sexo M F Est. Civil Solteiro Casado Viúvo Divorcia.Separado
 1 2 3 4 5 N.º Contribuinte

B.I. Autoriz. Resid. Passaporte B.Nasc. Número Data de Emissão
Ano Mês Dia Local Emissão

N.º Beneficiário do SNS/Subsistema de Saúde Descrição do Organismo/Seguro de Saúde Titular S N

Nome do Beneficiário-Titular

Nº Beneficiário Nº Sócio

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, bem como os obtidos através da 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.

O Utente

(Assinatura conforme B.I.)

O SBC-SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus utentes o direito de acesso e correcção, sempre que legitimamente o solicitar por escrito.

DOCUMENTOS A ANEXAR

(entre outros que os SBC-SAMS eventualmente entendam solicitar)

Utente Titular / Familiar:

- fotocópia do Bilhete de Identidade, B. Nascimento ou Passaporte
- fotocópia do Cartão de Contribuinte
- fotocópia do Cartão de Utente do SNS ou de outro subsistema de saúde
- documento comprovativo do parentesco

Exmo. (a) Senhor (a)

A privacidade e proteção de dados pessoais dos sócios/beneficiários/utentes é questão importante e o SBC sempre procurou cumprir com os normativos legais relativos ao seu tratamento.

Com o novo Regulamento Geral de Proteção de Dados é necessário que nos transmita o consentimento para que os seus dados pessoais possam continuar a ser objeto de tratamento por parte deste Sindicato/SAMS e seus subcontratantes.

Assim, para continuar a usufruir dos nossos serviços e a receber as nossas comunicações, solicita-se que confirme o seu consentimento para as finalidades pretendidas, assinalando o respetivo quadrado:

Nome _____

Nº _____ *Socio/Beneficiário/Utente/NIF (riscar o que não interessar)*

Autorizo e dou o meu consentimento para tratamento dos meus dados pessoais para as seguintes finalidades que assinalo:

- Inscrição de sócio, beneficiário ou utente do SBC e SAMS-Centro.*
- Recebimento de comunicações informativas do SBC e eventos sobre a área sindical;*
- Divulgação de ofertas formativas e publicitárias associadas à atividade sindical;*
- Recebimento de comunicações informativas sobre atividades de tempos livres, lazer e outras;*
- Comunicação a terceiros apenas para efeitos de reserva e aquisição de serviços (férias, viagens, eventos, seguros);*
- Recebimento de extratos de participações, pagamentos diferidos e informações fiscais;*
- Prestação e tratamentos de cuidados de saúde, gestão do sistema de assistência médico social do SBC, SAMS-Centro e envio da respetiva documentação;*

Ass. _____

Os dados em questão não são utilizados para nenhuma outra finalidade que não a indicada, sendo objeto de conservação durante o seu tempo de inscrição de associado, beneficiário ou utente, e eles tendo acesso apenas os colaboradores do SBC no exercício das suas funções.

Em qualquer momento pode alterar ou retirar o consentimento prestado mediante comunicação escrita e obter mais informações pelos seguintes contactos: e-mail dpo@sibace.pt morada Av. Fernão de Magalhães 476, 3000-173 Coimbra, telefone 239 854 880.