

UTENTE

O preenchimento do presente impresso é obrigatório para a inscrição ou actualização de dados relativos à qualidade de Utente dos SAMS SBC **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> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin: 5px 0;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Parecer / Despacho</p> <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>
--	--

Nº Utente

Para uso exclusivo dos Serviços

Nome completo do familiar *(igual ao C.C. 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 SBC sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBC ou dos SAMS SBC.

O Utente

(Assinatura conforme C.C.)

O SBC / SAMS SBC 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 SBC eventualmente entendam solicitar)

Utente Titular / Familiar:

- fotocópia do Cartão de Cidadão, 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 protecção de dados pessoais dos sócios/beneficiários/utentes é uma questão importante e o SBC sempre procurou cumprir com os normativos legais relativos ao seu tratamento.

Com o estabelecido no **Regulamento Geral de Protecção de Dados (Regulamento (UE) n.º 679/2016, de 27/04, e conforme Retificação n.º 00/2016, de 04/05)** é necessário que nos transmita o consentimento de vontade, livre, específica, informada e explícita para que os seus dados pessoais possam continuar a ser objecto de tratamento por parte deste Sindicato / SAMS SBC e seus subcontratantes.

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

Nome _____

N.º _____ Sócio/Beneficiário/Utente/NIF (riscar o que não interessa)

Declaro / 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 SBC
- Recebimento de comunicações informativas e publicitárias associadas à actividade sindical;
- Divulgação de ofertas formativas e publicitárias associadas à actividade sindical;
- Recebimento de comunicações informativas sobre actividades de tempos livres, lazer e outras;
- Reserva e aquisição de serviços mediante comunicação a outras entidades para efeito de marcação de férias, viagens, eventos e seguros;
- Recebimento de extractos de participações, pagamentos diferidos e informações fiscais;
- Recebimento de facturação electrónica;
- Prestação e tratamentos de cuidados de saúde, gestão do sistema de assistência médico social do SBC, SAMS SBC e envio da respectiva documentação.

Assinatura: _____

Os dados em questão não são utilizados para nenhuma outra finalidade que não a atrás indicada, sendo objecto de conservação durante o seu tempo de inscrição de associado ou beneficiário ou utente, a eles tendo acesso apenas e tão só os colaboradores do SBC no exercício das suas funções. Em qualquer momento pode alterar ou retirar o consentimento prestado mediante comunicação expressamente escrita (Artigo 7.º, n.º 3 do citado R.G.P.D.).

Poderá obter mais informações através dos seguintes contactos:

e-mail: dpo@sibace.pt e/ou morada Av.ª Fernão Magalhães 476, 3000-173 Coimbra e/ou telefone: 239 854 880.