

**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></p> <p>Se sim indique: <input type="checkbox"/> <b>N</b></p> <p>N.º <input type="text"/></p>	Para uso exclusivo dos Serviços	<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"/>	
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 <input type="text"/>			
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 <input type="text"/>	<b>O Sócio / Beneficiário Titular</b> _____ (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"/>	<b>O Sócio</b> _____ (Assinatura conforme B.I.)		

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](mailto:dpo@sibace.pt) morada Av. Fernão de Magalhães 476, 3000-173 Coimbra, telefone 239 854 880.

**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.