

--	--	--	--	--	--	--

INSCRIÇÃO

REVALIDAÇÃO

ACTUALIZAÇÃO

Elementos do Titular :

Nº de Sócio |_____| Nº de Beneficiário Titular |_____|

Nome do Sócio ou Beneficiário Titular |_____|

Solicito a inscrição como utente dos SAMS / SBC do familiar a seguir indicado:

O Sócio / Beneficiário Titular

Data ___/___/___

Ass. _____

Elementos do Utente Familiar:

Se já foi Beneficiário dos SAMS/SBC indique o Nº |_____| Parentesco (1) |_____|

Nome completo do familiar a inscrever (conforme documento oficial de identificação):

|_____|

Residência

Distrito |_____| Concelho |_____| Freguesia |_____|

Rua, Av.^a |_____| N.º |_____| Andar |_____|

Cód. Postal |_____| - |_____| Telemóvel |_____|

Email _____ Nº de Beneficiário do SNS/Subsistema de saúde |_____|

C.C |_____| Data de Nascimento ___/___/___

Sexo |_____| Estado Civil |_____| NIF |_____|

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, bem como os obtidos pelo SBC e pelos SAMS/SBC através da prestação de serviços sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBC ou dos SAMS/SBC.

Sem prejuízo do referido, o SBC ou os SAMS/SBC poderão facultar dados pessoais de que sejam destinatários a terceiros, na estreita medida em que tais dados sejam necessários, adequados e pertinentes para a prestação de serviços e respetiva faturação, assegurando-se a segurança da informação de acordo com o Artº 15º da Lei 67/98 de 26.10.

O Utente

___/___/___

O preenchimento do presente impresso é obrigatório para a inscrição, revalidação ou atualização de dados relativos à qualidade de utente dos SAMS/SBC. Os SAMS/SBC são responsáveis pelos presentes dados e asseguram aos seus titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que legitimamente o solicitar por escrito.

DOCUMENTOS A ANEXAR (entre outros que os SBC ou SAMS/SBC eventualmente entendam solicitar)

- documento oficial de identificação atualizado do Sócio e do Utente a inscrever/revalidar (fotocópia).
- documento comprovativo do parentesco (fotocópia).
- cartão de utente do SNS ou de outro subsistema de saúde (fotocópia).

(1) - Para efeitos de inscrição, apenas se consideram os familiares com os seguintes parentescos: Pais e Filhos.

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.