

**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.

<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:25%;">INSCRIÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sócio SBC</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>READMISSÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Beneficiário SAMS</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ACTUALIZAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Já foi sócio/Benef. ?</td> <td><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>2ª VIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Se sim indique:</td> <td><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>N.º</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	INSCRIÇÃO	<input type="checkbox"/>	Sócio SBC	<input type="checkbox"/>	READMISSÃO	<input type="checkbox"/>	Beneficiário SAMS	<input type="checkbox"/>	ACTUALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/>	Já foi sócio/Benef. ?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	2ª VIA	<input type="checkbox"/>	Se sim indique:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			N.º	<input type="text"/>	Para uso exclusivo dos Serviços	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:60%;">Parecer / Despacho</td> <td style="width:40%;">Recepção</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Conf.</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Reg. Inf.</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Parecer / Despacho	Recepção	<input type="text"/>		Conf.	<input type="text"/>		Reg. Inf.	<input type="text"/>
INSCRIÇÃO	<input type="checkbox"/>	Sócio SBC	<input type="checkbox"/>																												
READMISSÃO	<input type="checkbox"/>	Beneficiário SAMS	<input type="checkbox"/>																												
ACTUALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/>	Já foi sócio/Benef. ?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																												
2ª VIA	<input type="checkbox"/>	Se sim indique:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																												
		N.º	<input type="text"/>																												
Parecer / Despacho	Recepção	<input type="text"/>																													
	Conf.	<input type="text"/>																													
	Reg. Inf.	<input type="text"/>																													

  

N.º Sócio	N.º Beneficiário SAMS		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nome completo (igual ao B.I. e sem abreviaturas)			
<input type="text"/>			
Residência-Distrito	Concelho	Freguesia	Localidade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rua, Av.ª	<input type="text"/>		
N.º	Andar	Cód. Postal	Loc. Cód. Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telemóvel / Fixo	E-mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data de Nascimento			
Ano	Mês	Dia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sexo		Solteiro Casado Viúvo Divorcia.Separado	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Est. Civil <input type="text"/>	
N.º Contribuinte			<input type="text"/>
B.I.	C. Cidadão	Autoriz. Resid.	Passaporte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número		Data de Emissão	
<input type="text"/>		Ano	Mês
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Local Emissão		<input type="text"/>	
Instituição de Crédito		Local de Trabalho	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Situação Profissional			
Efectivo Eventual Reform. Pension. Pens.Filho Pré-refor.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nível	Habilitações Literárias		
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Data de Admissão			
Na instituição	Crédito	No Sector Bancário	Se eventual
Ano	Mês	Ano	Data início contrato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ano
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mês
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dia
N.º Segurança Social		Utente Serv. Nac. de Saúde N.º	
<input type="text"/>		<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

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  /  /

**O Sócio / Beneficiário Titular**

\_\_\_\_\_  
(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	Local de Trabalho
<input type="text"/>	<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"/> / <input type="text"/> / <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 quadro:**

Eu \_\_\_\_\_

Socio/Beneficiário/Utente/NIF (riscar o que não interessar) Nº \_\_\_\_\_

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

- Inscrição de sócio, beneficiário e 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;*
- Promoção e organização de viagens, atividades ou outros eventos e bem assim comunicar a terceiros subcontratantes exclusivamente para efeitos de reserva e aquisição dos serviços;*
- Recebimento de informação de obrigações fiscais, débitos SEPA e envio de extratos;*
- 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 ou beneficiário ou utente, a eles tendo acesso apenas os colaboradores do SBC no exercício das suas funções.

Em qualquer momento os poder alterar ou retirar o consentimento prestado mediante comunicação escrita e obter mais informações contactar pelos seguintes contactos: e-mail (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.