



CLINICA DA ASSOCIAÇÃO

RUA DA PALMA, 237 - LISBOA



CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. IDADE DE ADMISSÃO

Associado juvenil - Até aos 14 anos (Com autorização expressa dos pais)

Associado Efectivo - A partir dos 18 anos

Familiar de Associado - Ascendente em comunhão de habitação .

Descendentes até aos 25 anos a estudar e em comunhão de habitação

2. QUOTAS

Valor da quota mensal é de € 3,80 €

Os Familiares dos Associados não pagam quota, mas não usufruem dos benefícios dos associados na totalidade

3. ACTO DE INSCRIÇÃO

Na inscrição para associado deve entregar:

- Proposta devidamente preenchida.
- Fotografia tipo passe
- Cartão de Cidadão/ Bilhete de Identidade
- A quantia 15 € referente ao pagamento da Jóia ,Estatutos e cartão de Associado

Nota: Este valor será devolvido integralmente se a proposta não for aceite.

4. Aceitar o pagamento das quotas por débito direto em conta bancária (Semestral ou anual)ou por Cobrador (Trimestral Semestral ou Anual)

5. DIREITOS :

A Aprovação para a qualidade de Associado ocorrerá durante os 15 dias seguintes á formalização da proposta.

Com a aprovação da admissão, o Associado adquire de imediato o pleno Direito a usufruir de todos os serviços de saúde prestados pela Instituição bem como de todos os Direitos Estatutariamente Consagrados.

O PROPOSTO

Declaro que li e aceito as condições de Admissão

Associado Proponente Nº _____

Nome _____

Assinatura _____

Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio e Indústria

Instituição Particular de Solidariedade Social - Fundada em 05 de Novembro de 1854

NIPC: 500 032 424

Rua da Palma, 237 - 1100-391 Lisboa

Telef. 218 843 120 - Fax. 218 872 260 - E-mail: asmeci@asmeci.org - <http://www.asmecl.org>



CLINICA DA ASSOCIAÇÃO
RUA DA PALMA, 237 - LISBOA

Atribuído o Nº de Associado
Em ____/____/____
Registo Nº ____

PROPOSTA PARA ASSOCIADO

SR.(A) _____
Nome Completo _____

SEXO M F de ____ ANOS DE IDADE DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

MORADA : _____
LOCALIDADE : _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELEFONE : _____ TELEMÓVEL : _____ EMAIL : _____

CARTÃO CIDADÃO / BI Nº _____ DATA DE VALIDADE ____/____/____

Nº. UTENTE SNS - _____ NIF. Nº. - _____

COBRANÇA DE QUOTAS

TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA : _____ NIB: _____

SEMESTRAL ANUAL

ASSINATURA ACEITE PELO BANCO _____

COBRADOR

TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL

QUESTIONÁRIO CLÍNICO (A PREENCHER PELO CANDIDATO)

Sofreu ou sofre de qualquer doença? NÃO SIM

No caso de SIM, indicar qual ou quais : _____

Já foi operado ? NÃO SIM

No caso de SIM, indicar que tipo de operação : _____

Observações : _____

Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio e Indústria

Instituição Particular de Solidariedade Social - Fundada em 05 de Novembro de 1854

NIPC: 500 032 424

Rua da Palma, 237 - 1100-391 Lisboa