



Glória Portuguesa Associação de Socorros Mútuos
Rua Álvares Cabral, 315 1º | 4050-041 Porto
Contactos: 222 000 603 / 913 014 012 / geral@gloria-am.pt
www.gloria-am.pt | NIPC 500 779 082

Associado n.º:

Informação ao titular dos dados:

1- Os dados pessoais recolhidos neste enunciado destinam-se aos fins exclusivos da Glória Portuguesa A.S.M., nomeadamente para a coordenação dos benefícios mutualistas do Associado, não sendo considerados para tratamento e/ou execução ilícitos. Os dados comunicados pelo/a titular serão incluídos em base de dados de registo encriptada e conservados em suporte físico de acesso restrito durante o período necessário para a prossecução das suas finalidades. 2- Pode exercer os seus direitos de acesso, alteração e eliminação mediante apresentação do documento de identificação, bem como de retirar o seu consentimento aqui estabelecido.

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil _____

Pai: _____

Mãe: _____

B.I./C.C.: _____ NIF: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____

Contacto: _____ E-mail: _____

Local de Cobrança: _____

Pretendo ser admitido/a na qualidade de **Associado Efetivo** ____ **Social** _____, nos termos estatutários.

____ Autorizo o tratamento dos meus dados para a cobrança de quotizações ao domicílio fornecido.

____ Autorizo o tratamento dos meus dados para correspondência, e-mail, sms ou chamada telefonica.

____ Autorizo o tratamento dos meus dados para inscrição Médico ao Domicílio.

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e não omitem factos relevantes:

Data: ____/____/____ Assinatura _____

Para os devidos efeitos, declaro autorizar a inscrição de _____
assumindo a responsabilidade pelo pagamento das quotizações até o menor atingir a maioridade:

Data: ____/____/____ Assinatura _____

Responsável pela recolha de dados: _____ AREA ____ LIVRO ____ POSIÇÃO ____

Aprovada em sessão de Direção a ____/____/____ Presidente da Direção: _____