



## Adesão ao Serviço de Médico ao Domicílio

Dados do Associado n.º \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

N.º Contribuinte: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

---

\_\_\_ Declaro que os dados constantes da proposta correspondem à verdade e que tomei conhecimento que as afirmações inexatas implicam a respetiva anulação da adesão ao serviço.

\_\_\_ Declaro ainda que tomei conhecimento da Política de Privacidade da Glória Portuguesa A.S.M.

\_\_\_ Autorizo também o fornecimento dos dados pessoais presentes nesta adesão à empresa que vai fornecer o serviço de assistência de Médico ao Domicílio.

Data

Assinatura do Associado

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**GLÓRIA PORTUGUESA ASSOCIAÇÃO DE SOCORROS MÚTUOS**

Rua Álvares Cabral, 315 1º | 4050 – 041 Porto

NIPC 500 779 082

222 000 603 / secretaria@gloria-am.pt