CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

A preencher pelos Serviços Centrais

Delegação_____

Inscrição ☐ Alteração ☐

Membro Beneficiário ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Colectivo ☐ Singular ☐

FICHA DE INSCRIÇÃO DE MEMBRO BENEFICIÁRIO CVP / HOSPITAL CVP

1.Identificação (* campos de preenchimento obrigatório)

Nome* _____

Morada* _____

Localidade* _____ Código Postal*_____ _ _____ _____

Telefone: _____ Telemóvel* _____ Email* _____

Fax:_____ Cartão Cidadão/BI* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sexo* F ☐ M ☐

Data Nascimento* _____ /____ /____

Nº Contribuinte* |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Profissão:_____

Habilitações* Ensino Secundário ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐ Outra ☐

2. Pagamento

	Quota Mensal*	☐ Pagamento Semestral	☐ Pagamento Anual
Membro Beneficiário CVP	2€	12€	24€
Familiar M. Beneficiário	1€	6€ x Nº elementos Agregado Familiar = ____ €	12€ x Nº elementos Agregado Familiar = _____€
		Total a Pagar: _____€	Total a Pagar: _____€

* Inclui acesso à Tabela de Preços Convencionados no Hospital da Cruz Vermelha em consultas, meios auxiliares de diagnóstico e intervenções cirúrgicas. Tabela disponível em www.cruzvermelha.pt. **Este benefício fica activo 15 dias após adesão. A adesão a este benefício não dá origem à emissão de um cartão de Membro Beneficiário, mas sim a um Nº de Membro Beneficiário.**

Sim, quero acesso ao Cartão Azul da BP, sem custo adicional ☐ (desconto de 6 cêntimos/litro nas bombas BP aderentes em Portugal)

3. Identificação do Agregado Familiar (limite: 6)

Nome:_____ BI/CC_____ NIF_____ Data Nasc._____

Parentesco_____ Contacto: Tel._____ Email:_____ Cartão Azul BP? Sim ☐ Não ☐

Nome:_____ BI/CC_____ NIF_____ Data Nasc._____

Parentesco_____ Contacto: Tel._____ Email:_____ Cartão Azul BP? Sim ☐ Não ☐

Nome:_____ BI/CC_____ NIF_____ Data Nasc._____

Parentesco_____ Contacto: Tel._____ Email:_____ Cartão Azul BP? Sim ☐ Não ☐

Nome:_____ BI/CC_____ NIF_____ Data Nasc._____

Parentesco_____ Contacto: Tel._____ Email:_____ Cartão Azul BP? Sim ☐ Não ☐

Nome:_____ BI/CC_____ NIF_____ Data Nasc._____

Parentesco_____ Contacto: Tel._____ Email:_____ Cartão Azul BP? Sim ☐ Não ☐

Nome:_____ BI/CC_____ NIF_____ Data Nasc._____

Parentesco_____ Contacto: Tel._____ Email:_____ Cartão Azul BP? Sim ☐ Não ☐

4. Forma de Pagamento e Assinatura

Autorização Débito em Conta

Nº ADC_____
(a preencher pela CVP. Comunicado na factura/recibo)

Nº Entidade Credora:_____

TITULAR DA CONTA:_____ Banco:_____

MORADA:_____ Balcão:_____

LOCALIDADE:_____ C. POSTAL _____ _____ _____ Localidade:_____

Ao Banco _____, por débito na minha conta bancária a que corresponde o NIB ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ queiram proceder ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas pela Cruz Vermelha Portuguesa. Declaro que fui informado do dever de, após a sua abertura, conferir através de procedimento electrónico os elementos que compõem esta ADC.

_____ _____

Assinatura(s) do Titular da conta conforme documento de identificação — Data

Para mais informações contactar o Call Center da CVP: **Tel.213 939 760** / **www.cruzvermelha.pt**