CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

A preencher pelos Serviços Centrais

Origem: SIAP

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. Autorização de Débito em Conta (ADC) e Assinatura

Nº Entidade Credora: 100397

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu banco para debitar a sua conta e o seu banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR. Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta.

Tomei conhecimento que a 1ª quota do serviço será cobrada entre os dias 20 e 30 do mês seguinte ao da subscrição e as seguintes de acordo com a periodicidade de pagamento escolhida.

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR

NOME:_____

MORADA:_____

LOCALIDADE:_____ C. POSTAL _____ _____ _____

IBAN – ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Local e data:_____ ____/____/_____

Ass. Titular da Conta:_____

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR: NOME: CRUZ VERMELHA PORTUGUESA MORADA: JARDIM 9 DE ABRIL 1-5, 1249-083 LISBOA

Cruz Vermelha Portuguesa Mod. CV12i-004 / Rev. B

Enviar devidamente preenchida e assinada para: Serviço de Teleassistência da CVP; Jardim 9 de Abril, 1 a 5; 1249-083 Lisboa.
Para mais informações contactar o Call Center da CVP: **Tel.213 939 760** / **www.cruzvermelha.pt**