



COFRE DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS E DOS AGENTES DO ESTADO

PROPOSTA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

TITULAR

ASSOCIADO Nº

Nome:

Morada:

C. P. - Profissão:

B. I. Validade: / / Contribuinte:

Data Nasc. / / Telemóvel : Telefone :

AGREGADO FAMILIAR

Nome:

Data Nasc. / / Parentesco: Nif.

Nome:

Data Nasc. / / Parentesco: Nif.

Nome:

Data Nasc. / / Parentesco: Nif.

Nome:

Data Nasc. / / Parentesco: Nif.

Nome:

Data Nasc. / / Parentesco: Nif.

PAGAMENTO

ASSIST. MÉDICA DOMICILIÁRIA & TELEMEDICINA

Periodicidade:

Anual	36,00 €	<input type="checkbox"/>
Semestral	18,00 €	<input type="checkbox"/>
Trimestral	9,00 €	<input type="checkbox"/>

TELEMEDICINA

Periodicidade:

12,00 €	<input type="checkbox"/>
9,00 €	<input type="checkbox"/>
3,00 €	<input type="checkbox"/>

MODALIDADES DE PAGAMENTO

Transferência Bancária	<input type="checkbox"/>
Cheque (contrato válido após boa cobrança)	<input type="checkbox"/>
Numerário (pagamento na Sede Ecco salva)	<input type="checkbox"/>
Vale Postal	<input type="checkbox"/>

Assinatura do Titular

Data

__/__/__

Assinatura e validação do Cofre de Previdência

Data

__/__/__

É garantido aos visados nesta ficha, o direito de acesso, rectificação, alteração ou eliminação dos dados, sempre que para isso contacte a Ecco Salva. É garantida confidencialidade de todos os dados, quer obtidos através desta ficha de recolha de elementos, bem como os obtidos posteriormente.

