



Acção
Social

Assistência Médica do Sindicato dos Funcionários Judiciais Boletim de Inscrição

Custo de emissão de cada Cartão: 2€

Instruções:

Preencher o formulário em letra de imprensa;
Pagamentos por transferência bancaria / Depósito na conta
CGD - 0035 0577 00014814930 35 à Ordem do SINDICATO DOS FUNCIONÁRIOS JUDICIAIS
Juntar comprovativo de Transferência/Depósito. Enviar por correio para a seguinte morada:

**Assistência Médica do Sindicato dos Funcionários Judiciais
Rua João da Silva 24-A - 1900-271 Lisboa**

Beneficiário Titular

Nº Sócio

Nº Mec./CGA

(Nº Pensãoista no caso de Aposentados)

Nome Completo

Nome Cartão

Morada

Código Postal

Localidade

Telefone

Telemóvel

Data de Nasc.(dd/mm/aaaa)

E-Mail

B.I.

NIF

Cód.Rep.Financas

NIB

Banco-Balcão

Nº SRH

Sub-Sistema de Saúde Público

Nº Benef.

Local de Trabalho

Beneficiário Familiar

Parentesco

Nome Completo

Nome Cartão

Telefone

Telemóvel

Data de Nascimento

E-Mail

B.I.

Sub-Sistema de Saúde Público

Nº Benef.

Beneficiário Familiar

Parentesco

Nome Completo

Nome Cartão

Telefone

Telemóvel

Data de Nascimento

E-Mail

B.I.

Sub-Sistema de Saúde Público

Nº Benef.

Beneficiário Familiar

Parentesco

Nome Completo

Nome Cartão

Telefone Telemóvel Data de Nascimento

E-Mail

B.I. Sub-Sistema de Saúde Público N°Benef.

Beneficiário Familiar

Parentesco

Nome Completo

Nome Cartão

Telefone Telemóvel Data de Nascimento

E-Mail

B.I. Sub-Sistema de Saúde Público N°Benef.

Beneficiário Familiar

Parentesco

Nome Completo

Nome Cartão

Telefone Telemóvel Data de Nascimento

E-Mail

B.I. Sub-Sistema de Saúde Público N°Benef.

Beneficiário Familiar

Parentesco

Nome Completo

Nome Cartão

Telefone Telemóvel Data de Nascimento

E-Mail

B.I. Sub-Sistema de Saúde Público N°Benef.

Beneficiário Familiar

Parentesco

Nome Completo

Nome Cartão

Telefone Telemóvel Data de Nascimento

E-Mail

B.I. Sub-Sistema de Saúde Público N°Benef.