

## PROPOSTA DE SÓCIO BENEFICIÁRIO (Não Profissional de Saúde)

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

Profissão: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

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

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

Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### Quota anual: 12.00 € (doze euros)

A ser liquidado até 31 de Janeiro de cada ano civil

Modalidade de Pagamento:

Transferência bancária: IBAN PT 50 0007 0523 0001 1330 0087 5

(enviar comprovativo para [info@aicso.pt](mailto:info@aicso.pt))

Numerário (tratar através do e-mail [info@aicso.pt](mailto:info@aicso.pt))

Programa em que pretende participar:

Mama\_Move\_Gaia

Prostata\_Move

Regime de Proteção de Dados:

Declaro para os efeitos previstos no disposto no art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (EU)2016/679 do P. E. e do Conselho de 27 de abril (RGPD) prestar, por este meio, o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais à AICSO, Pessoa Coletiva n.º 504841840, com sede em Avenida João Paulo II, n.º 911, loja 9, 4410-406 Arcozelo, Vila Nova de Gaia, no âmbito da atividade prevista nos estatutos.

Autorizo a utilização dos meus dados para o envio de comunicações através de e-mail, telefone ou SMS, dentro do espetro de atividade prevista nos estatutos da AICSO.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A Direção: \_\_\_\_\_

Nota: A comunicação realizar-se-á através do e-mail indicado. O recibo será enviado por e-mail.

Afiliada Portuguesa