



# FUNDO COMPLEMENTAR DE SAÚDE

## FORMULÁRIO DE ADESÃO

### À Direção de Recursos Humanos

#### DADOS PESSOAIS

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_

EMAIL PESSOAL \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

#### DADOS PROFISSIONAIS

BANCO \_\_\_\_\_ SERV./DEP. \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

EMAIL PESSOAL \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

NÍVEL \_\_\_\_\_ CATEGORIA \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_

### QUOTIZAÇÃO PARA O FUNDO COMPLEMENTAR DE SAÚDE DO SINDICATO NACIONAL DOS QUADROS E TÉCNICOS BANCÁRIOS

Solicito que seja dado seguimento à instrução abaixo assinalada:

Desconto 0,5% sobre a minha retribuição mensal efetiva, correspondente à quotização para o Fundo Complementar de Saúde do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários.<sup>(1)</sup>

SIM NÃO



\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sócio

**Observação:** <sup>(1)</sup> Nos termos do regulamento do Fundo Complementar de Saúde disponível para consulta em [www.snqtb.pt](http://www.snqtb.pt)

**Nota:** Ao utilizar os serviços do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários (SNQTB) e do Fundo Complementar de Saúde, estou a autorizar, nos termos da lei aplicável, a recolha e processamento dos meus dados pessoais unicamente para a prossecução dos objetivos do SNQTB e do Fundo Complementar de Saúde, designadamente no processamento dos respetivos benefícios inerentes à minha condição de sócio. Nos termos da lei, entendo que tenho o direito de acesso aos meus dados pessoais e que poderei solicitar a respetiva retificação ou apagamento. O direito de acesso aos dados pessoais pode ser exercido por carta ou através do endereço de correio eletrónico [dpo@snqtb.pt](mailto:dpo@snqtb.pt).