

CÓDIGO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome do Titular \_\_\_\_\_

Nº ADM / ADSE / B.I. \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**AGREGADO FAMILIAR**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

(Nota: qualquer alteração futura deve ser comunicada de imediato á DentalRede) **Total cartões:** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Titular \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRECTO - CONTA BANCÁRIA**

Nome do Titular \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ Balcão \_\_\_\_\_

NIB \_\_\_\_\_ (21 dígitos obrigatórios)

Data \_\_\_\_\_ Assinatura Titular da conta \_\_\_\_\_

Queiram proceder, por débito na minha conta acima indicada, ao pagamento das importâncias que me forem apresentadas pela [DentalRede, Lda.](#), referentes ao pagamento das quotas do(s) Cartão(ões) [DentalRede, Lda.](#), salvo instruções em contrário, o(s) meu(s) Cartão(ões) renova(m)-se anualmente.

A insuficiência de saldo não responsabiliza o Banco pela execução dos pagamentos.

As regalias, benefícios e obrigações decorrentes da presente inscrição, encontram-se definidas nos regulamentos do Cartão [DentalRede](#), podendo ser usufruídas após aprovação desta ficha pela [DentalRede](#). Ao seu titular é garantido o direito de acesso, rectificação ou eliminação dos seus dados, sempre que para isso contacte a [DentalRede](#).

**POR FAVOR IMPRIMA ESTA FOLHA E ENVIE VIA CTT PARA:**

DentalRede, Ida. – Av. Elias Garcia, 49-2º - 1000-148 LISBOA