FICHA DE INSCRIÇÃO
PROTOCOLO EXÉRCITO / DENTALREDE

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 (PREENCHER ESTE CAMPO EXCLUSIVAMENTE PARA CARTÃO 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, lda. – Av. Elias Garcia, 49-2º - 1000-148 LISBOA