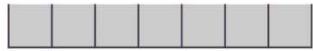


CÓDIGO

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) **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