

FICHA DE ADESÃO AO CARTÃO DE DESCONTO SAÚDE ACTIVCARE

Nome completo

Morada

Número de identificação fiscal

Data de nascimento

Universidade:

Serviço:

Pretendo pagar o valor do cartão (21 €) numa só vez

☐

Caso pretenda inscrever o cônjuge e/ou o(s) filho(s), deverá indicar os seus elementos

Nome completo do cônjuge

Número de identificação fiscal

Data de nascimento

Nome completo do filho

Número de identificação fiscal

Data de nascimento

Nome completo do filho

Número de identificação fiscal

Data de nascimento

Nº de telemóvel -----

email pessoal -----

Data: _____

Assinatura_____

Nota: O valor anual a pagar – 21€, é por pessoa inscrita