A.S.P.A.S
R. Camilo Vaz, n.º 25 – 2º
4430-686 Vila Nova de Gaia
Tel 227133201 * Fax 227133202
E-Mail: aspas@aspas.pt
www.aspas.pt

ASSOCIAÇÃO SINDICAL DO PESSOAL ADMINISTRATIVO DA SAÚDE

BOLETIM DE INSCRIÇÃO

***NOTA*: Todos os campos são de preenchimento obrigatório**

NOME:

Nº MEC: **DAT. NASC:** **Nº I CIVIL:**

MORADA:

Nº.____ ANDAR ____ C. POST. **LOCALIDADE** ______________________________

Nº I FISC.PT **TEL** **TM**

FREG: **CONCELHO**

DISTRITO ☐ ☐ Mail ________________________________

ENTIDADE[1]

C. SAUDE / USF.[2]

EXTENSÃO DE SAÚDE[3]

SERVIÇO ____ **TEL**

CAT. PROF: **FAX**

FORMA DE PAGAMENTO **DESCONTO NO VENCIMENTO, SIM** ☐

Vencimento Ilíquido: ____________, _______ €

ASSINATURA ____

SÓCIO PROPONENTE
Nº ________ (facultativo)

ADMITIDO COM O Nº
NA REUNIÃO DA DIRECÇÃO.

O PRESIDENTE DA DIRECÇÃO
____

DECLARAÇÃO

NOME:

N.º MECANOGRÁFICO

Pretende e solicita nos termos da alínea b) do art.º 79.º da Lei n.º 12 – A/2008, de 27/02, lhe seja descontado no vencimento base 0,5% correspondente à quota mensal para a Associação Sindical do Pessoal Administrativo da Saúde (ASPAS) de que é sócio Nº ____________

DATA ________ / ______ / _______ **Assinatura** ________________________________

[1] ENTIDADE QUE EFECTUA OS PAGAMENTOS: HOSPITAL / ULS / ARS / ACES / OUTROS
[2] CENTROS DE SAUDE / USF
[3] EXTENSÃO DE SAUDE