**FICHA DE ADESÃO AO CARTÃO DE DESCONTO SAÚDE**

**ACTIVCARE**

**NOME COMPLETO**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**MORADA**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL DATA DE NASCIMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**UNIVERSIDADE**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**FACULDADE / DEPARTAMENTO / ESCOLA / SERVIÇO**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

PRETENDO PAGAR O VALOR DO CARTÃO (19€) NUMA SÓ VEZ

PRETENDO PAGAR O VALOR DO CARTÃO (19€) EM 2 VEZES

**CASO PRETENDA INSCREVER O CÔNJUGE E/OU O(S) FILHO(S), DEVERÁ INDICAR OS SEUS ELEMENTOS E ANEXAR CÓPIA DO(S) RESPETIVO(S) CARTÃO DE CIDADÃO**

**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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**NOME COMPLETO DO FILHO**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL DATA DE NASCIMENTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data:** |  |
|  |  |

***NOTA: O VALOR ANUAL A PAGAR (19€) É POR PESSOA INSCRITA***