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 **SEXO:F** ☐ **M** ☐ Mail _____

ENTIDADE[1]

C. SAUDE [2]

UCSP / USF[3]

SERVIÇO _____ **FAX**

CAT. PROF: **TEL**

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

Vencimento ilíquido _____, _____

SÓCIO PROPONENTE
Nº _____ **(facultativo)**

ASSINATURA _____

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 171.º da Lei n.º 35/2014, de 20/06, e artº nº 458º da Lei nº 7/2009, de 12/02, 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 / ARS, OUTROS.
[2] CENTROS DE SAUDE
UCSP / USF