

Ficha de Inscrição

Rua do Cerco do Porto 291/295
4300-119 Porto
225101019
direccao@sinprofarm.pt

Ver no verso desta Ficha que documentação anexar à mesma

Nome completo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Nacionalidade: _____ Natural da freguesia: _____
Concelho: _____ Distrito: _____
Filho/a de: _____ e de _____
Estado civil: _____ Bilhete de Identidade n.º _____ emitido em ___/___/___ pelo
Arquivo de _____ ou Cartão de Cidadão n.º _____ válido até ___/___/___
Contribuinte n.º _____ Residência: _____
Cód. Postal: _____ - _____ Localidade: _____
Telefone: _____ Telem.: _____ Fax: _____
E-mail: _____ Hab. Literárias: _____
Empregado na Farmácia: _____ N.º de Contribuinte: _____ Propriedade
de: _____ Direcção Técnica: _____
Sita em: _____
Cód. Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Telefone: _____
Telem.: _____ Fax: _____ E-mail: _____
Onde exerce desde ___/___/___ na Categoria de: _____

Quotização – indique a modalidade pretendida (ver informação no verso desta Ficha) (1% sobre ordenado mensal líquido excluindo subsídios de férias e de Natal)

- Modalidade 1: Débito Directo na sua conta bancária, sem quaisquer encargos (preencher impresso anexo)
- Modalidade 2: Através da entidade patronal que desconta mensalmente no recibo do trabalhador (preencher impresso anexo)

Indicar Remuneração-base líquida: € _____ Quota mensal 1%: € _____

(Nota: entende-se por remuneração-base o ordenado mensal incluindo as diuturnidades)

Crachá: uso obrigatório – Dec.-Lei 214/90 de 29/06.

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

A PREENCHER PELO SINPROFARM

Sócio n.º _____ Aprovado em Sessão de Direcção de ___/___/___

O Presidente da Direcção: _____

Anexar a esta Ficha:

- Uma fotografia tipo passe;
- €45,00 em cheque ou vale postal endossado ao Sinprofarm;
- Fotocópia de último recibo de vencimento;
- Fotocópia de Bilhete de Identidade e de Cartão de Contribuinte ou fotocópia de Cartão de Cidadão;
- Fotocópia autenticada de Certificado de Habilitações Literárias;
- Declaração da Segurança Social com histórico de descontos;

E ainda, consoante o seu caso:

- **Técnico de Farmácia sem licenciatura em Farmácia:** Fotocópia de Caderneta de Registo de Prática Farmacêutica, Fotocópia de Carteira Profissional de Ajudante Técnico de Farmácia e Fotocópia de Cédula Profissional de Técnico de Farmácia;
- **Técnico de Farmácia com licenciatura em Farmácia:** Fotocópia de Cédula Profissional de Técnico de Farmácia;
- **Com 5 ou mais anos de prática registados na Caderneta em sua posse:** Fotocópia de Caderneta de Registo de Prática Farmacêutica e no caso de possuir, Fotocópia de Carteira Profissional de Ajudante Técnico de Farmácia;
- **Com anos de prática enviados para o Infarmed mas sem ter a Caderneta na sua posse:** Fotocópia de Notas Anuais de Prática enviadas para o Infarmed, Fotocópia do Termo de Abertura do Livro de Registo Diário de Presenças, Fotocópias das folhas do Livro de Registo Diário de Presenças assinadas (todos os meses);
- **Com o Curso de Técnico Auxiliar de Farmácia:** Fotocópia autenticada de Certificado de conclusão do curso de Técnico Auxiliar de Farmácia, o qual deve obedecer ao Capítulo II, Cláusula 4ª. do CCT in BTE n.º 21 de 08/06/2010 e declaração da entidade patronal com descritivo das funções desempenhadas;

E também o impresso relativo à modalidade de pagamento de quotas que optar

Sobre as modalidades de pagamento de quotas:

A quotização pode ser paga através de uma de duas modalidades ao seu dispor e tem o valor de **1% sobre os ordenados mensais ilíquidos, excluindo os Subsídios de Férias e de Natal.**

Modalidade 1 – Através de Débito Directo na sua conta (em qualquer Banco) para a conta do Sinprofarm na CGD (mensal ou trimestral)

No caso de optar por esta modalidade, que pode ser de periodicidade mensal ou trimestral, deve preencher e assinar o impresso de autorização bancária em anexo e enviá-lo para o Sinprofarm juntamente com todos os impressos e documentação necessárias ao acto da inscrição. Posteriormente, receberá da sua agência bancária a respectiva confirmação da activação do débito directo. Saiba ainda que esta modalidade:

- a) Não comporta qualquer pagamento adicional para si, excepto no caso de a cobrança não ser efectuada com sucesso, acrescendo €0,31 no próximo débito realizado;
- b) Os encargos são suportados pelo Sinprofarm à excepção dos previstos na alínea a);
- c) O Sinprofarm assumirá a responsabilidade de comunicar ao sócio qualquer alteração à autorização efectuada.

Modalidade 2 – Através da entidade patronal (mensal)

A quota é descontada mensalmente no recibo do trabalhador pela entidade patronal nos termos da legislação em vigor e após ter recebido autorização do mesmo nesse sentido. Para aderir a esta modalidade, deve preencher e assinar as duas declarações em anexo e enviar ambas ao Sinprofarm.

Atenção: Estão isentos de pagamento de quotas (mantendo todos os direitos sindicais), os associados no serviço militar, com baixa médica, desempregados e reformados (apenas se deixarem de estar no activo, desde que comprovada e atempadamente tenham comunicado ao Sinprofarm a sua situação).

Débito Directo

Caixa Geral de Depósitos Agência Maximinos – Braga

Entidade Credora

SINPROFARM

Sindicato Nacional dos Profissionais de Farmácia

Rua do Cerco do Porto, 291/5

4300-119 Porto

A preencher pelos Serviços do Sinprofarm

Entrada nos Serviços: ___/___/___ - Sócio n.º: _____

Identificação do Credor: 102419

Número de Autorização:

A preencher pelo Sócio

Nome: _____

Autorizo que por Débito da minha/nossa conta abaixo indicada, procedam ao pagamento das importâncias que lhe forem apresentadas pelo SINPROFARM – Sindicato Nacional dos Profissionais de Farmácia.

Número de Identificação Bancária (NIB):

Assinalar com um "X" a periodicidade pretendida:

Mensal

Trimestral

Data da autorização: ___/___/___ Assinatura (igual
à ficha do Banco):

Vencimento + Diuturnidades: € _____ Valor da Quota (1%): € _____ (Anexar último recibo de vencimento)

DECLARAÇÃO

Nos termos e para os efeitos do disposto nos artºs. 494.º e 495.º da Lei 99/2003 de 27/08, eu _____
_____ ao serviço da Farmácia
_____ sita em _____ inscrito no
SINPROFARM – Sindicato Nacional dos Profissionais de Farmácia, com o número de sócio _____, declaro que
autorizo e expressamente solicito à farmácia onde exerço que a partir do corrente mês proceda mensalmente ao
desconto de 1% do meu ordenado mensal ilíquido (excluindo subsídio de férias e de Natal), valor da quota mensal
estatutariamente estabelecida e envio àquele Sindicato até ao dia 15 do mês seguinte àquele a que diz respeito.

Data: ___/___/___

B.I. ou C.C. n.º _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO

Nos termos e para os efeitos do disposto nos artºs. 494.º e 495.º da Lei 99/2003 de 27/08, eu _____
_____ ao serviço da Farmácia
_____ sita em _____ inscrito no
SINPROFARM – Sindicato Nacional dos Profissionais de Farmácia, com o número de sócio _____, declaro que
autorizo e expressamente solicito à farmácia onde exerço que a partir do corrente mês proceda mensalmente ao
desconto de 1% do meu ordenado mensal ilíquido (excluindo subsídio de férias e de Natal), valor da quota mensal
estatutariamente estabelecida e envio àquele Sindicato até ao dia 15 do mês seguinte àquele a que diz respeito.

Data: ___/___/___

B.I. ou C.C. n.º _____

Assinatura: _____