



## Ficha de Inscrição

Rua do Cerco do Porto 291/295  
4300-119 Porto  
225101019 – geral@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, crachá oferecido pelo SINPROFARM.**

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)



**Preencher ambas as declarações**

## 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: \_\_\_\_\_