

PEDIDO DE DESVINCULAÇÃO DE ASSOCIADO

- todos os campos são de preenchimento obrigatório -

(a preencher pelo/a associado/a)	
NOME COMPLETO:	
<input type="text"/>	
ASSOCIADO/A N.º:	<input type="text"/>
N.º CC/BI:	<input type="text"/>
NIF:	<input type="text"/>
MORADA:	<input type="text"/>
EMAIL:	<input type="text"/>
TEL ou TLM :	<input type="text"/>
MOTIVO DA DESVINCULAÇÃO	
<input type="text"/>	
Tomei conhecimento que este pedido de desvinculação de associado não suspende e/ou inibe as minhas obrigações contratuais e/ou financeiras para com o CBEI-Centro de Bem Estar Infantil de Vila Franca de Xira que possam existir à data deste pedido, nem confere direitos de reembolso e/ou devolução de quantias já pagas por serviços prestados e/ou contratualizados.	
DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO (Regulamento Geral de Proteção de Dados)	
Todos os dados recolhidos neste formulário destinam-se ao uso dos serviços do CBEI - Centro de Bem Estar Infantil de Vila Franca de Xira e, exclusivamente, para todos os procedimentos necessários para resposta à exposição apresentada. O tratamento dos dados constantes neste formulário será executado de acordo com o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 - Regulamento Geral de Proteção de Dados -, podendo ser consultada a política de privacidade do CBEI em www.cbei.pt .	
Assim, declaro consentir o seu uso, de acordo o previsto no número 1, do artigo 6.º do Regulamento supramencionado.	
ASSINATURA	DATA (aaaa/mm/dd)
<hr/>	<hr/>

(a preencher pelos serviços)	
RECEBIDO POR (nome e rubrica): _____ em (aaaa/mm/dd) _____	
DECISÃO / RESPOSTA	
<input type="text"/>	
ASSINATURA	DATA (aaaa/mm/dd)
<hr/>	<hr/>