DENTALCLINIC
new generaction
O SEU PLANO NA SAÚDE ORAL

Avenida João Crisóstomo
n°30 / 5° / 1050-127 Lisboa
newgeneraction@netcabo.pt
213 303 731
213 303 733

TITULAR ■ PESSOA SINGULAR

Nome _____

Morada _____ _____

C. Postal _____ Localidade _____ B.I. _____

NIF _____ Estado Civil _____ Sexo: M ☐ F ☐ Data Nasc. _____

Nome para o cartão _____ Tem seguro de saúde S ☐ N ☐ Sócio Nº _____

Tel. _____ Tlm. _____ e-mail: _____

DURAÇÃO DO PLANO

Inicío _____ Fim _____ _____

DEPENDENTES DO PLANO

DEPENDENTE Nº1 GRAU DE PARENTESCO

Nome _____

Nome para o cartão _____ Sexo: M ☐ F ☐ Data Nasc. _____

DEPENDENTE Nº2 GRAU DE PARENTESCO

Nome _____

Nome para o cartão _____ Sexo: M ☐ F ☐ Data Nasc. _____

DEPENDENTE Nº3 GRAU DE PARENTESCO

Nome _____

Nome para o cartão _____ Sexo: M ☐ F ☐ Data Nasc. _____

DEPENDENTE Nº4 GRAU DE PARENTESCO

Nome _____

Nome para o cartão _____ Sexo: M ☐ F ☐ Data Nasc. _____

DEPENDENTE Nº5 GRAU DE PARENTESCO

Nome _____

Nome para o cartão _____ Sexo: M ☐ F ☐ Data Nasc. _____

Recebi a importancia de _____ (_____

_____) Referente a: Titular / Individual ☐

Titular + Familiares ☐

Meio de pagamento utilizado: ☐ Transferencia bancária para o nosso NIB **0010 0000 4306 9380 0016 3**

☐ Cheque à ordem da AUTENTIPLANO Unip. Lda

Ass. pela AUTENTIPLANO: _____ **Ass. do Titular :** _____

Lisboa, _____

O Titular acima identificado, formaliza com Autentiplano, Unipessoal, Lda. DentalClinic New Generaction, contrato de prestação de serviços, declarando estar ciente e de pleno acordo com os termos do mesmo