



## FICHA DE INSCRIÇÃO CARTÃO DE SAÚDE AMI

Após o preenchimento completo desta Ficha de Inscrição, poderá enviá-la digitalizada para o nosso mail [cartao.ami@estige.pt](mailto:cartao.ami@estige.pt) ou poderá remetê-la num envelope (não necessita de selo) para:  
AMI – Remessa Livre nº 11.273 – Ec. 5 de Outubro 1059-962 Lisboa

### DADOS PESSOAIS

CC / BI / Passaporte  NIF

Nome do Titular

Morada

Localidade  Código Postal  -  Telemóvel/Telef.

E-Mail  Data de Nascimento

Opção de cobrança  Anual € 141  Semestral € 73,50  Trimestral € 38,25

### AGREGADO FAMILIAR

1.
2.
3.
4.
5.

(Atenção: qualquer alteração futura deve ser imediatamente comunicada à AMI)

Data e Assinatura do Beneficiário

### ORDEM DE PAGAMENTO (Autorização de Débito)

#### Conta Bancária

Titular

Banco  Balcão

IBAN

Data e Assinatura do Titular (aceite pelo Banco)

Autorizo o pagamento das quotas do CARTÃO DE SAÚDE AMI através do débito na conta bancária acima indicada.  
A insuficiência de saldo não responsabiliza o Banco pela execução dos pagamentos.