



Requerimento de Ajuda Técnica

Identificação do/a Utente

Nome: _____
Morada: _____
Localidade: _____ Código Postal: _____ / _____
Telefone: _____ N.º SNS: _____
CC n.º _____ Validade: _____
NIF: _____ Peso aprox. do Utente: _____ kg

Tem transporte para levantar o equipamento no Centro de Saude de Tramagal? Sim ___ Não ___

Identificação da pessoa responsável pelo Utente/ Assinatura do Contrato

Nome: _____
Morada: _____
Localidade: _____ Código Postal: _____ / _____
Telefone: _____ NIF: _____
CC n.º _____ Validade: _____

Morada de utilização da Ajuda Técnica:

A do Utente _____ A do responsável _____

Declaro por minha honra serem verdadeiras todas as informações prestadas e ter conhecimento do Regulamento Interno do Centro de Recursos de Ajudas Técnicas.

Confirmo que a Ajuda Técnica é para utilização no domicilio do utente, no concelho de Abrantes, não podemos ser deslocada para outro local, sem autorização prévia da Associação.

Tomo conhecimento de que tenho de fazer a entrega do IRS e prescrição médica todos os anos, até 31 de julho

Autorizo a Associação Vidas Cruzadas a armazenar e processar as minhas informações, podendo aceder a eles para os corrigir ou eliminar a qualquer momento.

Data: _____

Assinatura: _____

Parceiros

