

ADESÃO SOCIAL

A.P.E.A. – Associação Paulista dos Economiários Aposentados

PENSIONISTA

Nome: _____ Masc.() Fem.()

Matrícula: _____ RG. _____ Org. Emissor _____ CPF. _____

Residência: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP.: _____ Fone DDD () _____ Fax _____

Celular () _____ E-Mail _____

Data de Nascimento ____/____/____ Data do início da Pensão ____/____/____

ORIGEM DA PENSÃO: FUNCEF/INSS () PREVHAB () INSS ()

Nome da Agência Pagadora dos Proventos: _____

Número da Agência _____ Número da Conta nº _____

Favor fornecer o NOME e TELEFONE de um membro da família, caso haja necessidade de contato urgente.

Nome completo _____ Grau de parentesco _____ (____) _____
Telefone + DDD

Esse documento registra minha anuência expressa e informada a ter os meus dados tratados pela Associação para as finalidades específicas da representação associativa, podendo ser compartilhados com as entidades associativas de grau superior. Autorizo o desconto em folha de pagamento dos valores correspondentes às mensalidades associativas. Autorizo o envio de comunicados da Associação por meio físico e/ou eletrônico. A APEA/SP se compromete a tratar os dados nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e em conformidade com a “Política de Privacidade” divulgada em sua página de internet.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

PENSIONISTA DE:

Nome: _____

Grau de parentesco em relação ao titular _____

INDICADO POR:

NOME: _____

TELEFONE + DDD (OPCIONAL): _____



ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS ECONOMIÁRIOS APOSENTADOS

Praça da República, 468 – 6º andar – Centro – São Paulo/SP - CEP 01045-000

Tel/Fax: (11) 3150-0900 – Site: www.apeasp.org.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO – FARMÁCIAS

Autorizo a ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS ECONOMIÁRIOS APOSENTADOS – APEA/SP, associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, à qual sou associado, a atualizar em seu cadastro geral meus dados pessoais (Nome, CPF, Matrícula, Sexo) e a compartilhar estes dados com as redes de farmácia abaixo assinaladas, **com a finalidade específica de participar dos convênios firmados**, visando à aquisição de medicamentos, ou produtos diversos, comercializados com descontos pelas empresas. Os dados autorizados são protegidos pela Lei Geral de Proteção de Dados e não poderão ser utilizados para qualquer outra finalidade que não a de viabilização de minha participação nos convênios.

Estou ciente de que o compartilhamento de dados com as farmácias autoriza o recebimento de comunicações sobre ofertas, promoções e descontos através de multicanais, gera a possibilidade de recebimento de cupom fiscal por e-mail, autoriza a participação no programa de personalização de descontos e benefícios, autoriza a elaboração de relatórios estatísticos e acompanhamento de comportamento de produto no mercado.

Estou ciente que posso exercer meu direito de revogação dos consentimentos mencionados nesse termo, a qualquer tempo, devendo enviar solicitação diretamente à APEA, através dos canais disponibilizados para tanto.

Dados:

Nome: _____

CPF: _____

Matrícula: _____

Sexo: _____

Farmácias:

Drogasil / Droga Raia

Drogaria SP

Desejo receber mais informações sobre os convênios da APEA/SP

Data: ____/____/20__

Assinatura: _____