

Anexo C – Declaração de que não pertence a outro subsistema público de assistência na doença (tipo)

DECLARAÇÃO

(Nos termos da alínea f) do ponto 5, da Circular ADM Nº 1/2005)

Eu (nome) _____,
abaixo assinado, beneficiário da ADM com o cartão credencial n.º _____,
declaro por minha honra que não sou beneficiário titular de nenhum subsistema público de assistência na doença, nomeadamente:

- ADSE
- ADMG
- SAD/PSP
- SS/MJ

_____, em ____/____/_____
Localidade Data

Assinatura