

APOIO ESCOLAR

EMPRÉSTIMOS 2025/26

“Mais Solidários/Educação”
“Mais Solidários/Universidade”



FICHA DE INSCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO SÓCIO

Nº DO SÓCIO _____ NOME _____

BANCO _____

IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDANTES

NOME	Nº BENEFICIÁRIO	ANO DE FREQUÊNCIA	MONTANTE SOLICITADO (anexar o comprovativo)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tomei conhecimento que o plano de pagamento faseado concedido pelo SNQTB, deve ser pontual e integralmente cumprido e que, ocorrendo incumprimento de qualquer prestação, decorrido o prazo de 15 dias para a regularização da mesma, vencem-se todas as prestações em falta. Em caso de incumprimento, autorizo, sem reserva e irrevogavelmente, o ressarcimento das prestações em falta através da retenção de montantes que tenha a receber do SNQTB, SNQTB Saúde ou FCS – Fundo Complementar de Saúde, até ao valor correspondente da quantia em dívida.

_____ DATA

_____ ASSINATURA DO PROPONENTE

APROVADO

NÃO APROVADO

_____ A DIREÇÃO

O pagamento do montante concedido é efetuado através de Autorização de Débito, assinada pelo sócio titular (proponente). O original da AD será remetido pelo SNQTB ao DRH do banco do sócio para efeito de desconto das prestações, mensais e sucessivas, que vierem a ser apuradas.