

Entidade Referenciadora:	Cód.:
N.º de Processo:	

1. Identificação Requerente/Beneficiário [1]

(nome completo) _____,

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino ☐ Masculino ☐

Freguesia de _____, Concelho de _____ Distrito de _____

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

N.º Beneficiário *abem*: _____

2. Composição do Agregado Familiar

(nome Beneficiário [2]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino ☐ Masculino ☐

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [3]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino ☐ Masculino ☐

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(nome Beneficiário [4]) _____,

Relação Familiar com o Requerente: _____ N.º *abem*: _____

Ano de Nascimento: _____ género: Feminino ☐ Masculino ☐

BI/CC n.º _____, *NIF _____, *NISS _____

(* no caso de ausência do BI/CC, identificar NIF ou NISS)

3. Declarações, Data e Assinaturas

- a) Declaro ter sido informado(a) sobre a abrangência da Associação Dignitude (com NIPC 513696628) e a metodologia e operacionalização do Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento.
- b) Ao aderir ao Programa *abem*:, a Associação Dignitude vai tratar os dados pessoais fornecidos, bem como a informação recolhida junto de outras entidades, para gerir a sua relação como beneficiário(a) do Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento, baseado na execução de um contrato, no cumprimento de obrigações legais de âmbito fiscal e no âmbito da gestão de sistemas e serviços de saúde e de ação social.
- c) Os dados pessoais serão mantidos enquanto estiver registado(a) como beneficiário(a) do Programa *abem*: e, até 10 (dez) anos após o termo da adesão ao Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento, para efeitos de cumprimento de obrigações fiscais. Após este período, os dados serão eliminados e/ou anonimizados.
- d) A Associação Dignitude recorre a prestadores de cuidados de saúde para que possa usufruir dos benefícios do Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento, sendo necessário, que a Associação Dignitude e os prestadores de saúde comuniquem entre si, informações relacionadas com os benefícios recebidos e/ou utilizados, nomeadamente, informação relativa à prescrição e dispensa de medicamentos, aquisição de produtos e serviços e, respetivos valores.
- e) A Associação Dignitude poderá também comunicar os seus dados pessoais a terceiros para cumprir obrigações legais e/ou a prestadores de serviços de armazenamento da informação, envio de comunicações, suporte à atividade e realização de estudos estatísticos. Estes prestadores de serviços acedem apenas, aos dados pessoais necessários, para cumprir com essa prestação de serviços.
- f) Tem o direito a apresentar reclamação junto à Comissão Nacional de Proteção de Dados, através dos formulários/contactos disponíveis em www.cnpd.pt e tem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação, oposição e portabilidade através do e-mail geral@dignitude.org ou mediante carta dirigida à Associação Dignitude que se encontra sediada na Rua Venâncio Rodrigues, 12, 3000-409 Coimbra.
- g) Ao preencher o presente formulário com informação de outros elementos que pertencem ao agregado familiar, declara que os informou sobre o conteúdo da presente informação.

_____, ____/____/____

(assinatura do requerente/beneficiário [1]) _____

(assinatura do beneficiário [2]) _____

(assinatura do beneficiário [3]) _____

(assinatura do beneficiário [4]) _____