



Recebido por:
Número Cartão:
Data Registo:

Adesão Cartão Cliente

- * **Nome completo:**
- * **Telemóvel e/ou telefone:**
- * **Número de contribuinte:**

Morada:

Localidade:

Código postal:

Data de nascimento:

Profissão:

Género:

e-mail:

Número de utente do SNS:

Número de utente de outro subsistema de participação:

Número do cartão do cidadão:

Número de elementos do agregado familiar:

Descrição do agregado familiar

Nome completo | Data nascimento | Grau parentesco | NIF

AUTORIZAÇÃO PARA O TRATAMENTO INFORMATIZADO DE DADOS PESSOAIS

- Os dados fornecidos serão processados informaticamente pela Farmácia SousaOliveira.
- Os dados poderão ser fornecidos a autoridades judiciais ou administrativas, nos casos em que tal cedência seja obrigatória.
- Sempre que o solicitem, os interessados poderão aceder as informações que lhes digam respeito, constantes da base de dados. Os titulares dos dados podem também solicitar a correcção ou a actualização dos mesmos, bem como a menção de informações adicionais, através de impressos próprios ou, na falta deles, através do preenchimento de nova ficha de assinatura.
- Tomei conhecimento das Condições Gerais de Utilização constantes deste documento, que aceito na totalidade. Autorizo ainda o tratamento informatizado de dados pessoais, nas condições descritas, incluindo dados relativos ao aviamento de medicamentos e outros produtos, bem como o respectivo histórico, assim como registo e controlo de testes analíticos. Aceito que a Farmácia Sousa Oliveira se reserve o direito de recusa deste pedido de adesão, sem que, para tal, esteja obrigada a prestar qualquer justificação.

Assinatura:

Data: