

**FICHA AMIGO da AMI** **SIM**, quero ser amigo da AMI com o n.º _____ (a atribuir pelos nossos serviços) Desejo atualizar a minha inscrição como Amigo da AMI n.º _____

Nome Completo * _____

Morada * _____

Localidade * _____ Código Postal: * _____

N.º Contribuinte:* _____ N.º BI/CC: _____ Telefone: _____

Profissão: _____ Data de Nascimento: __/__/____

Email: _____

Campos de Preenchimento Obrigatório*Desejo contribuir com** _____ € Mensal Trimestral Semestral Anual**FORMA DE PAGAMENTO** Multibanco, através da entidade 20909, referência 909 909 909 Cheque endossado à AMI Online - www.ami.org.pt Depósito na conta da AMI do NB n.º 015393720002 Débito Direto:

Titular: _____

Banco: _____ Balcão: _____

IBAN: **PT50** _____ Autorizo o pagamento das quotas de Amigo da AMI através do débito na conta bancária indicada. A insuficiência de saldo não responsabiliza o banco pela execução dos pagamentos.

Data: _____, _____ - _____ - _____ Assinatura: _____

(Assinatura igual à do banco)

***Política de privacidade**

Os dados pessoais recolhidos na presente ficha serão processados e armazenados em suporte papel e informático.

A Fundação de Assistência Médica Internacional é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais, os quais serão tratados de forma confidencial e utilizados, exclusivamente no âmbito de inscrição de amigo AMI, podendo, neste âmbito, ser transmitidos a terceiros, bem como internamente, aos departamentos, delegações e centros da instituição.

A entidade responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, utiliza serviço de e-mail marketing, bem como softwares de faturação, pelo que, os seus dados podem, ainda, ser armazenados fora dos servidores da Fundação de Assistência Médica Internacional, os quais estão localizados, tanto na União Europeia, como fora.

Nos termos da legislação aplicável, Lei n.º 58/2019, de 08 de Agosto, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, e demais legislação, nacional e comunitária, sobre proteção de dados é garantido ao titular dos dados o direito de acesso, retificação, alteração, eliminação e portabilidade dos seus dados pessoais, mediante pedido escrito para a entidade responsável, remetido por correio registado ao cuidado do encarregado da proteção de dados para Páteo Manuel Guerreiro - Rua José do Patrocínio, n.º 49, 1959-003 Lisboa ou por correio eletrónico dirigido a protecaodedados@ami.org.pt. O titular dos dados pode, ainda, apresentar reclamação junto da CNPD, na qualidade de autoridade de controlo nacional.

É, ainda, garantido ao titular dos dados, no âmbito da legislação aplicável, o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento, não comprometendo, essa retirada de consentimento, a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

A Fundação de Assistência Médica Internacional adota normas e medidas de segurança para a proteção dos dados pessoais, instalando nos seus ficheiros todas as medidas técnicas necessárias para garantir a confidencialidade dos dados, evitar a sua perda, alterações e acesso indevido, assegurando também a segurança dos ficheiros em suporte papel.

Os dados pessoais serão conservados durante o prazo de 12 (doze) anos, os quais, findo este prazo, serão eliminados, salvo manifestação em contrário do próprio, nomeadamente através de novo consentimento. **Os referidos dados poderão ser conservados para efeitos de investigação científica ou histórica ou fins estatísticos, sem limite temporal, desde que anonimizados, pseudonimizados ou cifrados de forma a deixarem de revestir a natureza de dados pessoais para os efeitos da lei.**

Declaro que tomei conhecimento e presto o meu consentimento de forma livre, informada e explícita e consinto no tratamento dos meus dados pessoais para as finalidades supra descritas.

Data: _____, _____ - _____ - _____ Assinatura: _____



*Política de privacidade

Se desejar receber informações sobre as atividades da AMI, indique quais, assinalando, por favor, uma ou mais das opções abaixo:

Declaro que tomei conhecimento e presto o meu consentimento de forma livre, informada e explícita e consinto no tratamento dos meus dados pessoais para efeitos de divulgação dos projetos, eventos, campanhas e ações da Fundação, podendo, neste âmbito, ser transmitidos a parceiros da Fundação, com os quais tenha celebrado protocolos, nacionais ou internacionais, bem como ser transmitidos internamente, aos departamentos, delegações e centros da instituição.

Data: ____ - ____ - ____ **Assinatura:** _____

Declaro que tomei conhecimento e presto o meu consentimento de forma livre, informada e explícita e consinto no tratamento dos meus dados pessoais para efeitos de voluntariado nacional e internacional, podendo, neste âmbito, ser transmitidos a terceiros, nomeadamente companhias aéreas, parceiros da Fundação, com os quais tenha celebrado protocolos, nacionais ou internacionais, bem como ser transmitidos internamente aos departamentos, delegações e centros da instituição.

Data: ____ - ____ - ____ **Assinatura:** _____

Declaro que tomei conhecimento e presto o meu consentimento de forma livre, informada e explícita e consinto no tratamento dos meus dados pessoais para efeitos de divulgação da Aventura Solidária, podendo, neste âmbito, ser transmitidos a terceiros, nomeadamente, companhias aéreas, parceiros da Fundação, com os quais tenha celebrado protocolos, nacionais ou internacionais, bem como ser transmitidos internamente, aos departamentos, delegações e centros da instituição.

Data: ____ - ____ - ____ **Assinatura:** _____

(Para as modalidades de depósito e multibanco, envie-nos cópias dos talões comprovativos para emissão de recibo, s.f.f.)

Envie esta ficha num envelope (não necessita selo) para: AMI – Remessa Livre 25049 – 1148 Lisboa Codex