

Processo n.º 051/29-07-2024/M

Autorização n.º 457/2024

Responsável pelo tratamento

**CABINDAFARMA – COMÉRCIO DE  
MEDICAMENTOS, S.A.**

**Categoria de dados pessoais  
tratados**

Nome, morada, telefone, correio electrónico, foto, estado civil, IBAN e número de conta bancária.

**Finalidade**

Gestão de cobranças e pagamentos.

**Exercício de direitos pelo seu  
titular**

O titular dos dados pode exercer os seus direitos presencialmente e por escrito, na província de Cabinda, município de Cabinda, bairro 1.º de Maio, largo Deolinda Rodrigues, S/N, estando disponível, para o mesmo efeito, o terminal telefónico +244 941 565 604 e o e-mail [proteccao.dados@cabindafarma.ao](mailto:proteccao.dados@cabindafarma.ao).

**Interconexão de dados**

Não existe.

**Transferência internacional de  
dados**

Não existe.

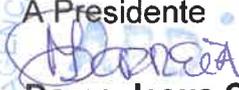
**Comunicação de dados a terceiros**

Há comunicação de dados às seguintes entidades: Bancos, Entidades Públicas e Privadas, para o cumprimento de obrigações legais e contratuais.

**Validade**

2 anos a contar da data da assinatura.  
(29/07/2024).

A Presidente

  
**Maria das Dores Jesus C. Pinto**

