

VOGLIO DIVENTARE *Sostenitore Senza Frontiere* con una donazione continuativa a mezzo carta di credito automatica

CCRW10

Intestatario della Carta di Credito

Nome e Cognome o ragione sociale _____

C.Fiscale _____

(PER LE AZIENDE INSERIRE IL C. FISCALE DI UNA PERSONA FISICA)

Via _____

N° _____

CAP _____

Località _____

Prov _____

Telefono _____

Cell. _____

E-mail _____

NECESSARIO PER RICEVERE SMS
DI CONFERMA DELLA PRIMA DONAZIONE

Data e luogo di nascita _____

Scelgo di sostenere Medici Senza Frontiere con una donazione:

- mensile 6 € 10 € 20 € 30 € altro €
- annuale 60 € 100 € 200 € 300 € altro €

CARTA DI CREDITO AUTOMATICA

n.carta _____

mese/anno di scad. _____ / _____



DELEGA DI PAGAMENTO

Autorizzo Medici Senza Frontiere Onlus ad incassare l'ammontare della quota sopra indicata addebitandola sulla carta di credito fino a revoca di quest'autorizzazione.

data _____

firma _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 13 DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003

MEDICI SENZA FRONTIERE PROTEGGE I TUOI DATI PERSONALI

A tal fine, rende noto che questi sono trattati da Medici Senza Frontiere Onlus – titolare del trattamento – per la gestione della tua donazione e per le operazioni a ciò strumentali, nonché per informarti su iniziative, attività e progetti realizzati anche grazie al tuo contributo e per l'invio della newsletter riservata ai sostenitori. Previo consenso espresso, inoltre, tali informazioni potranno essere comunicate anche tramite e-mail.

I tuoi dati non saranno comunicati né diffusi né trasferiti all'estero e saranno trattati manualmente ed elettronicamente esclusivamente dalla nostra Associazione e dai responsabili preposti ai servizi connessi a quanto sopra, in modo lecito, secondo correttezza e sottoposti alle opportune procedure di sicurezza.

I tuoi dati potranno essere trattati da soggetti terzi istituti di credito, espressamente autorizzati dalla nostra Associazione, che agiranno quali autonomi titolari del trattamento e per fini strumentali alla tua adesione.

I tuoi dati saranno trattati, per le finalità sopra indicate, da soggetti incaricati all'elaborazione dei dati e dei sistemi informativi, alla gestione dei rapporti con i sostenitori e ai servizi accessori e a essi strumentali, nonché alla predisposizione di messaggi, stampa, confezione e invio di materiale informativo.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 del Dlgs 196/2003, hai diritto a richiedere la modifica o la cancellazione dei tuoi dati dalle nostre liste scrivendo al responsabile del trattamento dei dati personali, Medici Senza Frontiere Onlus, all'indirizzo Via Voltorno, 58 - 00185 Roma o all'indirizzo e-mail donazioniweb@msf.it.

Letta l'informativa, acconsento a ricevere comunicazioni di Medici Senza Frontiere Onlus anche via e-mail: Sì No

Invia questo coupon a: Medici Senza Frontiere, Via Voltorno 58 - 00185 Roma oppure via fax al n° 06 44869220.



Via Voltorno, 58 - 00185 Roma • Tel. 0644869225 • Fax 06 44869220
sostenitore@msf.it • www.medicisenzafrentiere.it • C.F. 97096120585