# VOGLIO DIVENTARE *Sostenitore Senza Frontiere*
## con una donazione continuativa a mezzo domiciliazione bancaria/postale

RIDW10

### Intestatario del Conto Corrente Bancario/Bancoposta

Nome e Cognome o ragione sociale

C.Fiscale
**OBBLIGATORIO** (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 ❑ € ..... |

### DOMICILIAZIONE BANCARIA/POSTALE

**IBAN** CIN ABI CAB N. Conto Corrente

Istituto bancario/Ufficio postale

ag. n.

### DELEGA DI PAGAMENTO

Autorizzo Medici Senza Frontiere Onlus ad incassare l'ammontare della quota sopra indicata addebitandola sul conto corrente 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 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, nonchè 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 nè diffusi nè 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, nonchè 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 Volturno, 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 Volturno 58 – 00185 Roma oppure via fax al n° 06 44869220.**

MEDECINS SANS FRONTIERES
MEDICI SENZA FRONTIERE
*Premio Nobel per la Pace 1999*

Via Volturno, 58 - 00185 Roma • Tel. 0644869269 • Fax 06 44869220
sostenitore@msf.it • www.medicisenzafrontiere.it • C.F. 97096120585