

MODULO DOMICILIAZIONE BANCARIA/POSTALE

Selezionare importo e periodicità. In caso si desideri destinare una somma diversa da quella indicata, barrare la casella "altro" e inserire la cifra da donare.

AL9RW

Importo: € 300,00 € 450,00 € 600,00 € Altro _____

Periodicità: Mensile Trimestrale Semestrale Annuale

COORDINATE BANCARIE o POSTALI

IBAN CIN ABI CAB

N° C/C

Istituto bancario/Uff. Postale _____

_____ Agenzia n° _____

INTESTATARIO DEL C/C BANCARIO O POSTALE

Ragione sociale _____

Via _____ n. _____

Cap _____ Località _____ PR _____

Tel _____ e-mail _____

Cod. fiscale

dell'Amministratore Delegato (obbligatorio): NO partita IVA dell'azienda.

DELEGA DI PAGAMENTO

Il sottoscritto autorizza Medici Senza Frontiere ONLUS ad incassare l'ammontare della quota sopraindicata addebitandola sul conto corrente, secondo le norme di incasso del servizio R.I.D., fino a revoca di questa 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 Volturmo, 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 Volturmo 58 - 00185 Roma
oppure via fax al n°06 44869220