

Codice donatore:.....

MODULO REVOCA DOMICILIAZIONE BANCARIA/POSTALE

Da compilare ed inviare a Medici Senza Frontiere – Via Voltuno, 58 - 00185 Roma oppure via fax al numero 06/44869220 (all'attenzione di Sara Castello) oppure via e-mail all'indirizzo:donaregolare@msf.it

Il/La sottoscritto/a

Residente a..... in Via.....n

Cap.....Località.....Provincia.....

tel. / e-mail:

Chiede la revoca alla disposizione di addebito con domiciliazione bancaria (donazione a mezzo R.I.D.) disposta con Medici Senza Frontiere per le seguenti ragioni:

- Chiusura conto corrente bancario/postale
- Difficoltà tecniche nell'attivazione della domiciliazione bancaria/postale
- Preferisce passare ad altra modalità di pagamento (ccp/bonifico/carta di credito/assegno)
- Sostiene già MSF in maniera regolare (carta di credito automatica/bonifico continuativo)
- Sostiene già altre associazioni
- Insoddisfatto della gestione da parte di MSF
- Modulo compilato per errore
- Altro

DESIDERA SEGNALARE:

.....
.....

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 196/2003), si informa che il trattamento dei Suoi dati personali, compreso l'indirizzo di posta elettronica, forniti ai fini della donazione, avverrà presso la sede di Medici Senza Frontiere Onlus – Titolare e Responsabile del Trattamento - Via Voltuno, 58 00185 Roma, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, compresi gli adempimenti contabili e fiscali. Può esercitare i diritti di cui all'art. 7-8-9-10 del citato decreto (consultazione, modifica, blocco e cancellazione dei dati) rivolgendosi al titolare del trattamento al suindicato indirizzo.

Il consenso del trattamento dei dati è necessario per effettuare l'operazione, in mancanza del quale, vi è l'impossibilità di effettuare la modifica richiesta.