Via Volturno, 58
00185 Roma

informazioni
Tel. 06 44 86 921

Fax 06 44 86 92 20
www.msf.it

MEDECINS SANS FRONTIERES
MEDICI SENZA FRONTIERE onlus

MODULO PER CARTA DI CREDITO REGOLARE CCRW

La preghiamo di stampare e compilare questa scheda facendo particolare attenzione ai dati relativi alla sua carta, e di inviarla a:
Medici Senza Frontiere onlus
Via Volturno 58, 00185 Roma

La donazione regolare può essere effettuata stampando e inviando questa scheda via fax al numero: 06/ 44 86 92 20.
Per ulteriori informazioni può contattare Flavia Arcangeli allo 06 44 869225,
oppure via email all'indirizzo: donazioni@msf.it

IL/La sottoscritto/a_____

Residente a_____

In Via _____ n°_____,

Tel ____/_____ email _____; autorizza

l'organizzazione Medici Senza Frontiere onlus a prelevare la somma di

€ _____ con periodicità

☐ mensile ☐ trimestrale ☐ semestrale ☐ annuale

tramite Carta di Credito _____

n. carta di credito: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

mese e anno di scadenza: ☐☐☐☐

Data _____ Firma del titolare_____

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 Volturno, 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 donazione richiesta.