

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

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 30 € 20 € 10 € altro €
- annuale 300 € 200 € 100 € altro €

CARTA DI CREDITO

n.carta _____

mese/anno di scad. _____ / _____



DELEGA DI PAGAMENTO

Autorizzo Medici Senza Frontiere Onlus ad incassare l'ammontare della quota sopra indicata addebitandola su carta di credito fino a revoca di quest'autorizzazione e, presa visione dell'informativa della privacy, autorizzo espressamente e dò il mio consenso ai sensi dell'ART. 23, D.LGS196/2003 al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità sotto indicate.

data _____

firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13, D. LGS 196/2003 per il conferimento obbligatorio dei dati personali MEDICI SENZA FRONTIERE PROTEGGE I TUOI DATI PERSONALI.

I tuoi dati saranno 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 anche tramite la tua email sulle nostre attività e per l'invio della newsletter. I tuoi dati saranno trattati dalla nostra Associazione e dai responsabili preposti ai servizi connessi a quanto sopra. I tuoi dati saranno trattati per i predetti fini da soggetti responsabili esterni incaricati alla registrazione, modifica, integrazione, cancellazione ed elaborazione dati, stampa, imbustamento e spedizione del materiale informativo, servizio di informazione telefonico nonché da soggetti terzi istituti di credito, per fini strumentali alla tua adesione. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 del D.LGS 196/2003, hai diritto a richiedere la modifica o la cancellazione dei tuoi dati dalle nostre liste o altre informazioni inerenti i predetti, scrivendo a Medici Senza Frontiere Onlus, Via Volturno, 58 - 00185 Roma o msfonline@msf.it.

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