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	❑ 50 €	❑ 30 €	❑ 15 €	altro ❑ € .....
❑ annuale	❑ 600 €	❑ 360 €	❑ 180 €	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 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, nonchè 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.

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