

## MEDICI SENZA FRONTIERE: MODULO PER DONAZIONE CON ASSEGNO

**Da compilare ed inviare a Medici Senza Frontiere Via Magenta, 5 - 00185 Roma  
oppure via fax al numero 06.88806020**

Il/La sottoscritto/a .....

Residente a.....

in Via.....n°.....

Cap.....Località.....Provincia.....

Tel...../..... E-mail:.....

Allega assegno non trasferibile intestato a Medici Senza Frontiere Onlus di € .....

DESIDERA SEGNALARE.....  
.....  
.....  
.....

---

Ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di 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 Magenta, 5 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.