

MEDICI SENZA FRONTIERE – modulo assegno -

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

Nome e cognome _____

Codice Fiscale _____

Via _____ n ° _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI

Medici Senza Frontiere Onlus ti comunica che i tuoi dati personali sono trattati nel rispetto del Regolamento Europeo 679 del 2016 e che l'informativa completa con i tuoi diritti può essere visualizzata sul sito internet dell'Associazione alla pagina [msf.it/privacy](https://www.msf.it/privacy). Per maggiori informazioni sulla modalità di raccolta e utilizzo dei tuoi dati personali o per esercitare i tuoi diritti, ti invitiamo a leggere l'informativa oppure a scriverci all'email: privacy@msf.it.

Preso atto dell'informativa Reg (UE) 679/2016 acconsento al trattamento dei miei Dati per le finalità connesse alla gestione della donazione e per le seguenti finalità:

- Ricezione materiale informativo e di Raccolta Fondi da MSF e dai Responsabili al trattamento da quest'ultima nominati
- Trattamento dei miei Dati a scopo di profilazione per personalizzare le comunicazioni a me destinate

Data _____

Firma _____