

MEDICI SENZA FRONTIERE – modulo Bonifico Bancario -

Una volta effettuato il bonifico bancario ti chiediamo la cortesia di compilare il seguente modulo e di rinviarlo per fax a Medici Senza Frontiere al numero:
06 888 06 020

In questo modo MSF potrà registrare correttamente i tuoi dati ed inviarti, nel periodo della dichiarazione dei redditi, un documento riepilogativo di tutte le donazioni da te effettuate.

Riporta i dati della persona che ha effettuato la donazione con bonifico

Nome e cognome _____

Codice Fiscale _____

Via _____ n ° _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Data dell'ordine di accredito _____

Bonifico una tantum Importo € _____

Bonifico periodico con periodicità _____ Importo € _____

Banca Popolare Etica
IBAN: IT 60 F 05018 03200 000010102325

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. 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 _____