



MODULO PER DONAZIONE PERIODICA A VIDAS

● DATI DELL'INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE BANCARIO

NOME _____ M F

COGNOME _____

VIA _____ N. _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TELEFONO/CELLULARE _____

E-MAIL _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

● SCELTE RELATIVE ALLA DONAZIONE

PERIODICITÀ MENSILE

€ 15 € 20 € 25 € 30 ALTRO _____

PERIODICITÀ ANNUALE

€ 180 € 240 € 300 € 360 ALTRO _____

DESTINAZIONE

- ASSISTENZA DOMICILIARE ADULTI ASSISTENZA IN HOSPICE ADULTI
 ASSISTENZA DOMICILIARE PEDIATRICA ASSISTENZA IN CASA SOLLIEVO BIMBI
 DOVE C'È PIÙ BISOGNO

● COORDINATE BANCARIE

Codice identificativo VIDAS: IT640010000097019350152

NOME BANCA _____

CODICE IBAN (riportato sul suo estratto conto):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
PAESE CHECK D. CIN ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

Autorizzo Vidas a incassare l'importo indicato addebitandolo sul conto corrente bancario, secondo le norme di incasso del servizio SDD (SEPA Direct Debit), fino a revoca di questa autorizzazione.

DATA _____

FIRMA INTESTATARIO DEL CONTO _____

● INVIA IL MODULO COMPILATO E FIRMATO A VIDAS

PER POSTA: VIDAS - Via Ojetti, 66 - 20151 Milano

PER E-MAIL: amministrazione@vidas.it

PER FAX: 02.72511.237