



Assistenza
completa
e gratuita
ai malati
terminali

La donazione periodica per Vidas

INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE BANCARIO

Nome _____

Cognome _____

Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono/Cellulare _____

e-mail _____

Luogo e data di nascita _____

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

DONAZIONE

€ 16,00 socio ordinario libero contributo € _____

€ 60,00 socio sostenitore contributo per assistenza domiciliare € _____

€ 300,00 socio benemerito contributo per hospice Casa Vidas € _____

CADENZA mensile trimestrale semestrale annuale

DOMICILIAZIONE BANCARIA - SDD

(solo persone fisiche)

Codice del creditore IT640010000097019350152

Istituto bancario _____

Agenzia n° _____ Città _____

Codice IBAN (lo trova sul suo estratto conto):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Codice BIC-SWIFT: _____

DELEGA DI PAGAMENTO

Io sottoscritto autorizzo Vidas a incassare l'importo indicato addebitandolo sul mio conto corrente, secondo le norme di incasso del servizio SDD, fino a revoca di questa autorizzazione.

Data _____ Firma _____

Spedire questo modulo a Vidas – Corso Italia, 17 – 20122 Milano

o inviare copia via fax al n° 02/72 511 253

o via email all'indirizzo amministrazione@vidas.it

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/03 sul trattamento dei dati personali.

I suoi dati sono trattati nel rispetto di quanto disposto dal "Codice in materia di protezione dei dati personali" e formano oggetto di trattamenti interni o esterni a Vidas per l'invio delle comunicazioni e pubblicazioni da noi curate. Se ne può ottenere la cancellazione o l'aggiornamento scrivendo a VIDAS - Responsabile dati - Corso Italia, 17 - 20122 Milano, o inviando un'email a info@vidas.it