MODULO PER DIVENTARE SOSTENITORE DELL'HOSPICE DI ABBIATEGRASSO

Se vuoi sostenere in modo continuativo l'Hospice di Abbiategasso, compila questo modulo e spediscilo ai nostri riferimenti. In alternativa puoi portarlo di persona presso i nostri uffici dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.00

HOSPICE DI ABBIATEGRASSO
Via Dei Mille, 8/10 - 20081 - Abbiategrasso (Mi) - Tel. 02/94963802
Fax. 02/94962279 - email: comunicazione@hospicediabbiategrasso.it
www.hospicediabbiategrasso.it

I TUOI DATI

I campi contrassegnati con l'asterisco (*) sono obbligatori.

INFORMATIVA PRIVACY - Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs 196/2003, si informa che il trattamento dei Suoi dati personali, compreso l'indirizzo di posta elettronica, avverrà presso la sede di Associazione Amici dell'Hospice di Abbiategrasso – Titolare e Responsabile del Trattamento - Via dei Mille 8/10, 20081 Abbiategrasso (MI), 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.

Cognome* ---------- Nome* ----------

Indirizzo* ---------- n° -------- CAP* ---------- Città* ---------- Prov* ----------

Data di nascita* ---------- Luogo di nascita* ----------

Cod. Fiscale* | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tel.* ---------- E-mail ----------

Autorizzazione al trattamento dei dati

- ○ acconsento (necessario per effettuare l'operazione)
- ○ non acconsento

SCEGLI L'OPZIONE

○ DONAZIONE REGOLARE - domiciliazione bancaria/postale

Scegliendo questa opzione autorizzi "Associazione Amici dell'Hospice di Abbiategrasso" ad incassare l'ammontare della quota da te stabilita addebitandola sul conto corrente, secondo le norme del servizio S.D.D. (ex R.I.D.), fino a revoca della presente autorizzazione.

○ DONAZIONE UNA TANTUM

Scegliendo questa opzione ti impegni a versare una tantum una quota da te stabilita ad "Associazione Amici dell'Hospice di Abbiategrasso". Noi ti contatteremo una volta all'anno solo nel caso in cui l'ultima donazione risalga ad un periodo superiore a 12 mesi.

IMPORTO

- ○ 50 euro (garantisce l'attività fisioterapica ad un malato)
- ○ 100 euro (permette di acquistare un materasso antidecubito)
- ○ 500 euro (consenti a un paziente e alla famiglia di accedere alle terapie complementari: musicoterapia, arteterapia e pet therapy)
- ○ più di 500 euro_____ (ci consente di sviluppare nuovi progetti)

PERIODICITÀ

○ trimestrale ○ semestrale ○ annuale

Se hai scelto l'opzione **donazione regolare** compila i dati per la domiciliazione bancaria o su c/c postale

COORDINATE BANCARIE

IBAN* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Paese CIN INT. CIN. ABI CAB Numero conto corrente

o C/C POSTALE

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

Istituto bancario/Uff. Postale ---------- Agenzia n° ----------

Il sottoscritto autorizza "Associazione Amici dell'Hospice di Abbiategrasso" ad incassare la quota sopraindicata addebitandola sul c/c. fino ad eventuale revoca della presente autorizzazione.

Data_____ Firma_____