ATTIVA ORA LA DONAZIONE CONTINUATIVA E RIMANI AL NOSTRO FIANCO PER LA LOTTA AI TUMORI DEL SANGUE.

Compila questo modulo e invialo a gestione@riminiail.it oppure spediscilo a AIL Rimini OdV ufficio operativo: "Ospedale di Rimini" c/o Ematologia V.le Settembrini, 2 47923 Rimini

Scelgo di effettuare una donazione

Annuale di	Trimestrale di	Mensile di
☐ € 120	☐ € 30	☐ € 10
☐ € 180	☐ € 45	☐ € 15
☐ € 240	☐ € 60	☐ € 20
☐ € altro _____	☐ € altro _____	☐ € altro _____

Intestatario del conto corrente

Nome e cognome o ragione sociale.....

.....

Via..... N. .....

CAP ..... Città..... Prov.....

Telefono.....

Cellulare.....

email .....

Codice fiscale

Coordinate bancarie e postali - IBAN

Delega di pagamento

Io sottoscritto autorizzo AIL Rimini OdV ad incassare l'ammontare sopra indicato dal conto corrente, secondo le norme di incasso del servizio SDD, fino a mia revoca di questa autorizzazione. Esonero AIL Rimini OdV dall'invio della pre-notifica di ogni addebito. Presa visione dell'informativa privacy pubblicata sul sito AIL Rimini (www.riminiail.it) autorizzo e do' il consenso al trattamento dei dati personali forniti per le attività ivi indicate.

Data ..... Firma del titolare.....

Dati relativi al creditore

AIL Rimini OdV ufficio operativo: "Ospedale di Rimini" c/o Ematologia
V.le Settembrini, 2 47923 Rimini
CID IT16ZZZ0000091052480406