LA SCLEROSI MULTIPLA VUOLE FERMARCI.
INSIEME, POSSIAMO FERMARLA.

SCLEROSI MULTIPLA ONLUS
fondazione italiana
un mondo libero dalla SM

MANDATO DI DONAZIONE REGOLARE N° (compilazione a carico della Fondazione): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NOME_____ COGNOME_____ RAGIONE SOCIALE _____
DATA DI NASCITA_____ LUOGO DI NASCITA_____ PROV._____ SESSO M F

COD. FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ P. IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
INDIRIZZO_____ NR. _____
CAP_____ CITTÀ_____ PROV. _____
E-MAIL_____ TEL. _____

Privacy. Informativa e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 679/16
I Suoi dati personali saranno trattati da AISM e FISM esclusivamente per il perseguimento delle proprie finalità statutarie e, in particolare, per attività di informazione, sensibilizzazione e raccolta fondi, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE 679/16. Il conferimento dei dati personali è facoltativo, conferendo gli stessi presta automaticamente il consenso al loro trattamento nei limiti sopra evidenziati. Per maggiori informazioni sulle modalità di trattamento dei Suoi dati personali potrà consultare il sito AISM e FISM (www.aism.it/privacy). Potrà in ogni caso esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE 679/16 contattando i Titolari AISM e FISM all'indirizzo aism@aism.it o i Responsabili della Protezione dei dati AISM e FISM rispettivamente all'indirizzo dpoaism@aism.it e dpofism@aism.it

➔ **Firma** _____

#SMUOVITI DIVENTA ORA DONATORE REGOLARE

☐ 30 ☐ 20 ☐ 15 ☐ altro importo _____
OGNI MESE

#SMUOVITI DIVENTA ORA DONATORE REGOLARE

☐ 360 ☐ 240 ☐ 180 ☐ altro importo _____
OGNI ANNO

QUESTA È UNA DONAZIONE RICORRENTE

☐ **MANDATO DI ADDEBITO SU CC BANCARIO/POSTALE**

Io sottoscritto autorizzo FISM ONLUS (codice identificativo creditore: IT84002000009505173010 9) ad incassare la quota indicata con la periodicità stabilita addebitandola sul mio conto corrente secondo le norme di incasso del servizio SDD/SEPA e fino a revoca attiva di tale autorizzazione. Sollevo inoltre FISM ONLUS dall'onere di comunicare contestualmente ogni addebito con l'obiettivo di ridurre le spese amministrative e destinare in tal modo maggiori fondi alla ricerca.

ISTITUTO BANCARIO / POSTALE _____
AGENZIA / INDIRIZZO _____

	S. PAESE	N. PAESE	CIN	COD. ABI	COD. CAB	NR. CONTO CORRENTE
IBAN	I T					

INTESTATARIO CONTO (se Azienda, compilare con i dati del Legale Rappresentante) _____

COD. FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ P. IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ **CARTA DI CREDITO: DELEGA DI PAGAMENTO**

Io sottoscritto autorizzo FISM ONLUS ad incassare la somma sopraindicata sulla mia carta di credito fino a mia revoca di questa autorizzazione e autorizzo FISM ONLUS ad effettuare l'addebito sulla nuova carta che dovessi ricevere a seguito di sostituzione di quella attualmente in mio possesso.

NUMERO CARTA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ SCADENZA ☐☐ MESE ☐☐ ANNO

TITOLARE CARTA DI CREDITO _____

Tutte le donazioni continuative in favore di FISM ONLUS godono dei vantaggi fiscali previsti.

DATA_____ FIRMA DONATORE _____

Per informazioni su questa Campagna di Raccolta Fondi telefona allo 010/2713829 o invia una mail a donatoriregolari@aism.it