ASSOCIAZIONE TUMORITOSCANA

COMPILA QUESTO MODULO PER **ATTIVARE LA DONAZIONE REGOLARE**

CURE DOMICILIARI ONCOLOGICHE GRATUITE

#MAISOLI

Scegliendo di attivare una donazione regolare per ATT, darai ai malati di tumore la certezza di essere curati a casa propria con amore e professionalità. Basta anche un piccolo contributo mensile per contribuire a migliorare la vita di chi è malato di tumore e delle famiglie.

ATTIVA ORA UNA DONAZIONE REGOLARE PER NON LASCIARE **MAI SOLI** I PAZIENTI ONCOLOGICI E I FAMILIARI.

1 DATI ANAGRAFICI DEL SOSTENITORE [COMPILARE IN STAMPATELLO]

NOME ..... COGNOME .....

VIA ..... NUMERO CIVICO ..... C.A.P. .....

LOCALITÀ ..... PROVINCIA .....

TELEFONO FISSO ..... CELLULARE .....

E-MAIL .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

CODICE FISCALE [CAMPO OBBLIGATORIO] ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2 DATI CONTO CORRENTE DI APPOGGIO

BANCA ..... BIC/SWIFT [SOLO PER CONTI ESTERI] .....

[IL CODICE IBAN È RIPORTATO SUGLI ESTRATTI CONTO EO SUI LIBRETTI DEGLI ASSEGNI]

IBAN ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CHECK CIN ABI CAB NUMERO DI CONTO

3 DATI DONAZIONE REGOLARE

DESIDERO EFFETTUARE UNA DONAZIONE OGNI ☐ **MESE** ☐ **2 MESI** ☐ **3 MESI** ☐ **6 MESI** ☐ **ALTRO** .....
SEGNA CON UNA X LA SCELTA PREFERITA

DESIDERO CHE OGNI DONAZIONE SIA DELL'IMPORTO DI ..... **€** AD ESEMPIO CON 10 EURO PUOI GARANTIRE I FARMACI PER UN GIORNO

DESIDERO CHE LA MIA PRIMA DONAZIONE AVVENGA IN DATA GIORNO ☐☐ MESE ☐☐ ANNO ☐☐☐☐

4 AUTORIZZAZIONE A PROCEDERE

AUTORIZZO ASSOCIAZIONE TUMORI TOSCANA A DISPORRE LE OPERAZIONI NECESSARIE PER ATTIVARE L'ADDEBITO AUTOMATICO DELLA SOMMA INDICATA SECONDO FREQUENZA PRESCELTA ☐ **SÌ** ☐ **NO**

AL FINE DI ATTIVARE UNA DONAZIONE REGOLARE A FAVORE DI ASSOCIAZIONE TUMORI TOSCANA, ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI FORNITI. ☐ **SÌ** ☐ **NO**

DATA ..... **FIRMA** [TITOLARE DEL CONTO O DELLA CARTA] .....

Il sostenitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi e le condizioni che regolano il rapporto con quest'ultma. Nel caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

BENEFICI FISCALI INFORMAZIONI SU https://donazioni.associazionetumoritoscana.it/donazione-regolare

Con la sottoscrizione del presente modulo, si intende conferito il consenso al **trattamento dei dati personali**. Gestiremo tali dati secondo le disposizioni vigenti di cui al D.lgs. n.196/2003 e al Regolamento Europeo Sul Trattamento dei Dati Personali 2016/679. Ci avvarremo sia di modalità cartacee che di modalità informatiche. L'informativa privacy completa è disponibile su www.associazionetumoritoscana.it. In ogni momento è possibile esercitare i propri diritti come previsto dalle norme di legge su richiamate, rivolgendosi al Titolare e Responsabile del trattamento rappresentato dall'Associazione Tumori Toscana ODV, via Benedetto Varchi 63, 50132 Firenze, rappresentata dal Presidente Giuseppe Spinelli.

Compila il modulo e invialo per e- mail a **amministrazione@associazionetumoritoscana.it** oppure via posta ad **Associazione Tumori Toscana**, Via Benedetto Varchi, 63 50132 Firenze Per informazioni contatta **Valentina Buonandi 337 14 34 123**