



Io sottoscritto

NOME _____ COGNOME _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

EMAIL _____

CODICE FISCALE _____

IDENTIFICATO CON _____ NR. _____ RILASCIATO DA _____ IN DATA _____

COME DA COPIA DEL DOCUMENTO ALLEGATA.

Autorizzo la ASSISTENZA MELITENSE ONLUS ad incassare l'ammontare sotto indicato dal conto corrente bancario secondo le norme di incasso del servizio SDD da ora fino a mia revoca scritta o telefonica

PER SOSTENERE IL PROGETTO OPERAZIONE SOCCORSO LOMBARDIA

Con una donazione continuativa: (scegliere periodicità ed importo)

MENSILE €10 €30 €50 _____ €

ANNUALE €150 €200 €300 _____ €

DATI INTESTATARIO DEL CONTO (se diverso dal donatore)

NOME _____ COGNOME _____

VIA _____ N° _____ CAP _____ CITTA' _____ PROV _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____

COORDINATE BANCARIE

NOME BANCA _____

Codice Iban: _____
paese checkd. cin abi cab numero conto corrente

Tutti i campi da compilare sono obbligatori ai fini della corretta accettazione della donazione regolare

DATI DEL CREDITORE

Intestazione e indirizzo del creditore: Assistenza Melitense Onlus

Banco BPM

Causale: Erogazione liberale per Operazione Soccorso Lombardia

Codice identificativo del creditore

IBAN: IT56 K 05034 01601 000000005247

Esonero Assistenza Melitense Onlus dall'inviarmi la pre-notifica di ogni addebito

DATA _____

FIRMA _____