

Compilare questo modulo e spedirlo a:

ACTO ONLUS - Alleanza contro il tumore ovarico – Via Mauro Macchi, 42 – 20124 Milano

Oppure inviarlo via mail a: segreteria@acto-italia.org

Nominativo della persona scomparsa:

Cognome _____ Nome _____

Occasione della donazione:

- ☐ Anniversario della scomparsa (indicare quale) _____
- ☐ Non si tratta di un anniversario

Famiglia della persona scomparsa: (lasciare i campi vuoti se non si desidera inviare alcun messaggio)

Nominativo _____

Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____

Nominativo di chi effettua la donazione:

Cognome _____ Nome _____

Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____

Telefono _____ E-mail _____

Data _____ Firma _____

La donazione può essere fatta tramite:

- ☐ bonifico c/o Banca Intesa Filiale di Milano
IBAN: **IT61 D030 6909 606100000119351**
Da intestare a:
ACTO Onlus – Alleanza contro il Tumore Ovarico - Via Mauro Macchi, 42 - 20124 Milano
- ☐ Assegno bancario non trasferibile intestato ACTO Onlus – Alleanza contro il Tumore Ovarico
- ☐ Donazione tramite apposito modulo sul sito www.acto-italia.org

Tutela dei dati personali: I dati personali forniti compilando questo modulo sono utilizzati da ACTO Onlus al solo fine di dare esecuzione alla richiesta e, con il suo consenso, per aggiornarla sulle attività della associazione. I dati sono nella custodia esclusivamente dei soggetti autorizzati, responsabili e incaricati del trattamento per lo svolgimento di attività strumentali legati agli scopi della Associazione. In ogni caso i dati non sono comunicati a terzi né diffusi e vengono gestiti con supporti informatici, garantendone la custodia con i più corretti criteri di riservatezza. Ai sensi dell'art. 7 del d. lgs. N. 196/2003 se ne può ottenere l'aggiornamento, l'integrazione o la cancellazione scrivendo a ACTO Onlus – Alleanza contro il Tumore Ovarico – Via Mauro Macchi, 42 – 20124 Milano

Presa visione dell'informativa (Tutela dei dati personali) relativamente all'uso dei miei recapiti per ricevere messaggi informativi sulle attività di ACTO Onlus:

- ☐ Dò il mio consenso
 - ☐ Non dò il mio consenso
- Firma _____ Data _____