# Sacra Domus Hospitalis – Onlus

ASSOCIAZIONE AUTONOMA DEL SOVRANO ORDINE DEI CAVALIERI DI SAN GIOVANNI

## MODULO PER AUTORIZZAZIONE PAGAMENTO CON CARTA DI CREDITO

**(Circuito CartaSì, Visa, Mastercard, American Express)**

**Titolare Carta di Credito:**

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo *(solo per American Express)*_____

**N° Carta di Credito** | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Scadenza Carta di Credito** | | | (mese) | | | (anno)

---

**Importo Mensile/Annuale**

☐ **€ 100** ☐ **€ 75** ☐ **€ 50** ☐ **€ 30** ☐ **€ 20** ☐ **€ 10** ☐ **€ 5** ☐ **quota libera di € ……**

☐ **mensile** ☐ **annuale**

---

**Autorizzo la Sacra Domus Hospitalis Onlus ad effettuare l'operazione di prelievo automatico**

☐ il **giorno 10** oppure ☐ il **giorno 20**

ad ogni scadenza fino a mia revoca. Mi impegno, inoltre, ad aggiornare la suddetta autorizzazione, per ogni modifica ad essa relativa (numero della carta di credito, nuova scadenza o importo).

➔ **Firma Titolare Carta di Credito** (obbligatoria) _____

---

**Autorizzazione al trattamento dei dati:**

Ai sensi del d.lgs. 196/2003, La informiamo che: a) titolare del trattamento è la Sacra Domus Hospitalis Onlus (di seguito, SDH), Piazza del Grillo n. 10 – 00184 Roma; b) responsabile del trattamento è il Presidente pro-tempore, domiciliato presso SDH; c) i Suoi dati (cognome, nome, indirizzo) rientrano nella categoria dei dati identificativi, non sensibili; d) i Suoi dati saranno trattati (anche elettronicamente) soltanto dagli incaricati autorizzati, esclusivamente per dare corso all'operazione da Lei richiesta e per l'invio (anche via e-mail) di informazioni relative alle iniziative di SDH; e) i Suoi dati saranno comunicati a terzi esclusivamente per dare corso all'operazione da Lei richiesta e per consentire l'invio del materiale informativo; f) la comunicazione dei dati è facoltativa, ma in mancanza non potremo evadere la Sua richiesta; g) ricorrendone gli estremi, può rivolgersi all'indicato responsabile per: (i) ottenere conferma dell'esistenza dei Suoi dati e averne comunicazione; (ii) verificarne l'origine, le finalità e le modalità del trattamento, nonché la logica applicata nel trattamento stesso; (iii) ottenere che i dati siano aggiornati, rettificati, integrati, cancellati, trasformati in forma anonima, bloccati, nonché per ottenere l'attestazione che le predette operazioni sono state portate a conoscenza dei soggetti ai quali i dati sono stati comunicati; (iv) opporsi al trattamento dei dati stessi e all'invio di materiale. Preso atto di quanto precede, acconsento al trattamento dei miei dati.

➔ **Firma Titolare Carta di Credito** _____

Stampa subito questo modulo, compilalo e spediscilo a:

**Sacra Domus Hospitalis - Onlus**

**Piazza del Grillo n. 10 - 00184 Roma**