Sacra Domus Hospitalis – Onlus

ASSOCIAZIONE AUTONOMA DEL SOVRANO ORDINE DEI CAVALIERI DI SAN GIOVANNI

SOSTIENI LA "SACRA DOMUS HOSPITALIS – ONLUS" CON LA DOMICILIAZIONE BANCARIA

La domiciliazione bancaria **(R.I.D.)** è un modo molto pratico per sostenerci: basta compilare questo coupon e rispedirlo all'indirizzo riportato sotto. Il tuo contributo sarà versato automaticamente.
Per te niente più file alla posta, per essere **sempre al nostro fianco versando pochi centesimi al giorno.** Inoltre potrai revocare questa autorizzazione in ogni momento.
Per noi il vantaggio di poter contare su una donazione regolare, che ci consente una **maggiore capacità di pianificazione**, oltre ad un risparmio in costi amministrativi e di gestione e dunque **più risorse per le nostre azioni**.

INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE BANCARIO

Cognome ..... Nome .....
Indirizzo ..... Cap .....
Città ..... Prov. ..... Tel. .....
e-mail ..... Data di nascita .....

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

COORDINATE BANCARIE

(Trovi questi dati sul tuo estratto conto o potrai richiederli in banca)

Istituto bancario ..... Agenzia n. .....

Codice IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Quote di contribuzione :

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

☐ **mensile** ☐ **annuale**

DELEGA DI PAGAMENTO

(da parte dell'intestatario del conto corrente bancario)

Il sottoscritto autorizza l'associazione **Sacra Domus Hospitalis - Onlus** ad incassare la quota indicata addebitandola sul proprio conto corrente, secondo le norme d'incasso del servizio R.I.D., fino a revoca di questa autorizzazione.

Data ..... Firma.....

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.

Data ..... Firma.....

Stampa subito questo modulo, compilalo e spediscilo a:
Sacra Domus Hospitalis - Onlus
Piazza del Grillo n. 10 - 00184 Roma