

MODULO MODIFICA DONAZIONE CON CARTA DI CREDITO REGOLARE

Da compilare ed inviare a Medici Senza Frontiere

- via e-mail all'indirizzo donaregolare@msf.it
- via fax al numero 06/88806020
- via posta in Via Magenta 5 00185 Roma

Nome e cognome _____

Codice Fiscale _____

Via _____ n ° _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Chiede a Medici Senza Frontiere di modificare:

- L'importo della donazione da €.....a €.....
- La periodicità della donazione dall'attualea
- Di trasferire la propria donazione alla nuova carta di credito:

Numero _____

mese e anno di scadenza ____ / ____

- Di aggiornare la scadenza della carta di credito: ____ / ____

Data _____

Firma _____

Medici Senza Frontiere Onlus ti comunica che i tuoi dati personali sono trattati nel rispetto del Regolamento Europeo 679 del 2016 e che l'informativa completa con i tuoi diritti può essere visualizzata sul sito internet dell'Associazione alla pagina msf.it/privacy. Per maggiori informazioni sulla modalità di raccolta e utilizzo dei tuoi dati personali o per esercitare i tuoi diritti, ti invitiamo a leggere l'informativa oppure a scriverci all'email: privacy@msf.it.