

## MODULO MODIFICA DONAZIONE CON CARTA DI CREDITO REGOLARE

Da compilare ed inviare a Medici Senza Frontiere

- via e-mail all'indirizzo [serviziodonatori@msf.it](mailto:serviziodonatori@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'attuale .....a .....
- 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](http://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](mailto:privacy@msf.it).