

R.I.D. AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO IN CONTO



**NON DIMENTICARE
CHI DIMENTICA**

Associazione
Italiana
Malattia di
Alzheimer

Cod. Assegnato da A.I.M.A. al donatore	
IMPORTO DONAZIONE	€ _____, ____
VALUTA ADDEBITO	<i>Fine Mese</i>
Frequenza Donazione:	
<input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Bimestrale <input type="checkbox"/> Trimestrale	

Inserisci il tuo IBAN per l'addebito della donazione

ID Naz.	Ceck Digit	CIN	ABI	CAB	C/C

DATI DEL DONATORE (chi sottoscrive il modulo)*

Nome e Cognome	
Indirizzo	
Località	(Prov.)
CODICE FISCALE	
Mail per contatti	@

* Chi sottoscrive il modulo deve essere sempre persona fisica. Nel caso di c/c intestato a persona giuridica coincide con il soggetto, persona fisica, con potere di rappresentanza. Nel caso di c/c intestato a persona fisica coincide con il titolare medesimo ovvero con il soggetto delegato ad operare sul conto stesso

INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE (da compilare solo se diverso da chi sottoscrive il modulo)

Ragione Sociale	
Indirizzo	
Località	(Prov.)
Cod. Fisc./P.Iva	

ADESIONE:

Il Donatore autorizza la Banca a margine ad addebitare sul c/c indicato, nella data di scadenza dell'obbligazione o data propagata d'iniziativa del creditore (ferma restando la valuta originaria), tutti gli ordini di incasso elettronici inviati dall'Azienda e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice su riportate (o aggiornate d'iniziativa dell'Azienda), a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la banca di inviare la relativa contabile di addebito. Il sottoscrittore ha facoltà di opporsi all'addebito entro data scadenza/data prorogata dal creditore. Le parti hanno facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo, con un preavviso pari a quello previsto nel contratto di conto corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da darsi mediante comunicazione scritta.

Il sottoscrittore prende atto che sono applicate le condizioni già indicate nel contratto di conto corrente, in precedenza sottoscritto fra le parti, o comunque rese pubbliche presso gli sportelli della banca e tempo per tempo vigenti. Per quanto non espressamente previsto dalle presenti disposizioni, sono applicabili le "Norme che regolano i conti correnti di corrispondenza e servizi connessi" a suo tempo sottoscritte dalle parti, che formano parte integrante del presente contratto.

Luogo e data: _____

(Firma leggibile del donatore)



Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003, Le forniamo le seguenti informazioni: A.I.M.A. è in possesso dei suoi dati per adempiere le normali operazioni derivanti da obbligo di legge o contrattuale e nello specifico per la campagna di donazioni in atto. In qualunque momento potranno essere esercitati dagli interessati i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n.196/2003 contattando il titolare del trattamento Associazione Italiana Malattia di Alzheimer con sede a Milano in via Varazze n. 6 – 20149; Tel. 02.89.40.62.54 - Fax: 02.89.40.41.92. L'informativa completa può essere richiesta presso i nostri uffici.

LA TUA DONAZIONE VERRA' ACQUISITA CON I SEGUENTI RIFERIMENTI:

COD. SIA ATXBV – IBAN IT 33 Z 03359 01600 100000015146

Banca Prossima filiale di Milano

Associazione Italiana Malattia di Alzheimer:

Via Varazze, 6 • 20149 Milano • Tel. 02.89.40.62.54 • Fax 02.89.40.41.92