

## DONAZIONE LIBERA CONTINUATIVA

Io sottoscritto/a

Cognome

Nome

Indirizzo

n.

CAP

Città

Prov.

Intestatario del c/c N.

presso questa banca, Agenzia

Vi incarico di eseguire per mio ordine e conto e nel mio interesse, i bonifici periodici specificati nel presente ordine, con addebito e relativi importi sul conto sopraindicato a me intestato presso di Voi.

I pagamenti che andrete ad effettuare in esecuzione del presente ordine risulteranno, in ogni caso, dall'estratto conto periodico o dalla movimentazione del rapporto sopraindicato.

### Il Bonifico dovrà essere effettuato sul C/C intestato a:

UILDM Direzione Nazionale - Banca Prossima S.p.A. - Piazza Paolo Ferrari 10, 20121 - Milano  
IBAN IT65 0033 5901 6001 0000 0102 145

### Chiedo di trasferire a UILDM Direzione Nazionale la somma di:

- |                                 |  |                                |
|---------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> € 10   | <input type="checkbox"/> € 25                | <input type="checkbox"/> € 50  |
| <input type="checkbox"/> € 100  | <input type="checkbox"/> € 300               | <input type="checkbox"/> € 600 |
| <input type="checkbox"/> € 1000 | <input type="checkbox"/> altro importo _____ |                                |

€ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(riscrivere la somma in lettere)

### Con la seguente cadenza di pagamento:

Con possibilità di recesso in qualsiasi momento.

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ogni mese   | <input type="checkbox"/> ogni 2 mesi |
| <input type="checkbox"/> ogni 3 mesi | <input type="checkbox"/> ogni 4 mesi |
| <input type="checkbox"/> ogni 6 mesi | <input type="checkbox"/> ogni Natale |

a partire dal mese di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ addebitando tale importo sul mio c/c fino a che revocherò questa autorizzazione.

Chiedo inoltre che venga inoltrata su ogni bonifico, la seguente causale di versamento:

\_\_\_\_\_

Autorizzo UILDM - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare - Direzione Nazionale ONLUS al trattamento dei dati personali nei termini del D.L. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.

Data

Firma