



MODULO DONAZIONE CONTINUATIVA IL TUO SOSTEGNO REGOLARE GARANTISCE:

A NOI la sicurezza di poter **contare su di te** e **programmare** le nostre attività
A TE la **comodità** di non dovere più andare in posta, in banca o accedere all'home banking
 per dare continuità al **tuvo impegno** in modo tracciabile e deducibile/detraibile
AI BAMBINI INTRATTENIMENTO, ASSISTENZA, OSPITALITÀ GRATUITA



Scegliere di sostenere Bimbo Tu con una donazione regolare significa garantire OGNI GIORNO supporto e accoglienza gratuite a bambini e adolescenti affetti da patologie del sistema nervoso centrale e disturbi neuropsichiatrici e alle loro famiglie.

Compila questo modulo e invialo in busta chiusa a **Bimbo Tu Aps – Via Roma, 2 – 40068 San lazzaro di Savena (BO)** oppure tramite e-mail all'indirizzo sostenitori@bimbotu.it - Per info tel. 3291756177



I TUOI DATI

Nome* _____ Cognome* _____ Data di nascita ___/___/_____
 Nato/a a* _____ (____) Codice Fiscale* _____
 Via/P.zza* _____ N.* _____ CAP* _____
 Città* _____ Prov.* _____ Tel./Cell.* _____
 * dati indispensabili per l'attivazione della donazione e per l'emissione della ricevuta per erogazione liberale a fini fiscali
 E-mail _____

LA TUA DONAZIONE

Scelgo di sostenere **Bimbo Tu Aps** con una donazione continuativa (indica **frequenza e importo**; in qualsiasi momento puoi cambiare idea o revocare il mandato di donazione)

Mensile	Semestrale	Annuale	Grazie di cuore
<input type="checkbox"/> € 9	<input type="checkbox"/> € 50	<input type="checkbox"/> € 100	♥
<input type="checkbox"/> € 17	<input type="checkbox"/> € 100	<input type="checkbox"/> € 180	♥ ♥
<input type="checkbox"/> € 30	<input type="checkbox"/> € 180	<input type="checkbox"/> € 300	♥ ♥ ♥
<input type="checkbox"/> € _____	<input type="checkbox"/> € _____	<input type="checkbox"/> € _____	♥ ♥ ♥ ♥

MODALITÀ: DOMICILIAZIONE BANCARIA O POSTALE

Istituto. Bancario/Uff.Postale _____ Agenzia n° _____
 Via/P.zza* _____ N.* _____ CAP* _____
 Città* _____ Prov.* _____
 Nome e cognome del'intestario _____

IBAN _____
 PAESE CIN ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

DELEGA DI PAGAMENTO: Autorizzo Bimbo Tu Aps ad incassare l'ammontare della quota sopra indicata addebitandola sul conto corrente/carta di credito fino a revoca di quest'autorizzazione. Presa visione dell'informativa privacy su <https://bimbotu.it/privacy-policy/> autorizzo espressamente e do il mio consenso al trattamento dei miei dati personali nei termini e nelle modalità previste dal GDPR n. 2016/679. Autorizzo all'uso dei dati per finalità di **invio comunicazioni** (newsletter, promozione di campagne di raccolta fondi, iniziative di sensibilizzazione, ...)

Data ___/___/_____

Firma _____

