

**X Si, sostengo la Federazione Svizzera dei Sordi  
con la mia padrinato <Lingua dei segni>**  
(addebito diretto)



**SGB-FSS  
Federazione Svizzera  
dei Sordi**

## Il mio contributo di padrinato

**CHF all'anno** (almeno CHF 500.-)

Addebito annuale (a partire da CHF 500.-)  
semestrale (a partire da CHF 500.-)

Signora    Signore    Famiglia

Cognome  
Via  
Telefono  
Data di nascita

Nome  
NAP/Località  
E-mail

Con la presente autorizzo la Federazione Svizzera dei Sordi ad addebitare il mio conto fino a nuovo ordine.

Conto postale, n° IBAN  
o  
Conto bancario, n° IBAN

Nome della banca  
NAP/Località

Ho il diritto di revocare gli addebiti in qualsiasi momento per iscritto alla banca o a PostFinance entro 30 giorni.

Se il mio conto non dispone della copertura necessaria, la banca o PostFinance non è obbligata ad effettuare l'addebito

I miei dati saranno trattati in modo confidenziale in conformità con le normative Federazione Svizzera dei Sordi sulla **protezione dei dati**. Con la divulgazione dei miei dati, acconsento ad essere contattato per via elettronica, per telefono o in forma scritta, ma può essere cessato in qualsiasi momento.

Luogo, data  
Firma

**Grazie per il vostro  
sostegno!**

**Federazione Svizzera  
dei Sordi**

—  
via Besso 5  
6900 Lugano

—  
Telefono +41 91 960 04 80  
sgb-fss@sgb-fss.ch  
federazione-sordi.ch

—  
Donazioni  
IBAN CH38 0900 0000 6575 2278 9

**Vogliate restituirci il modulo compilato per e-mail o posta.**

**Lasciare in bianco – sarà compilato dalla banca.**

LSV-ID.: SGD1W    BC-N°    N° di conto  
IBAN  
Luogo, data    Banca

