

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 Signor 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

