Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Reggio Emilia ODV
via Papa Giovanni XXIII, 16 42020 Albinea (RE)
Tel. 0522 335033 aima@aimareggioemilia.it
www.aimareggioemilia.it

PER GARANTIRE CONTINUITÀ ALLE NOSTRE ATTIVITÀ, OFFERTE GRATUITAMENTE ALLE PERSONE CON DEMENZA E AI LORO CAREGIVER, ABBIAMO BISOGNO ANCHE DEL TUO AIUTO!

Compila questo modulo in stampatello per attivare una **donazione continuativa** e invialo via posta a **AIMA Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Reggio Emilia**, via Papa Giovanni XXIII 16, 42020 Albinea (RE) oppure via email a segreteria@aimareggioemilia.it

Nome/Cognome _____

via _____ n. _____

CAP _____ Provincia _____

e-mail _____ tel. _____

cell. _____

Scelgo di sostenere AIMA Reggio Emilia con una donazione

[ ]**mensile** [ ] di 5 € [ ] di 10€ [ ] Altro _____

[ ]**annuale** [ ] di 100 € [ ] di 150€ [ ] Altro_____

[ ]Tramite domiciliazione bancaria o postale

Coordinate bancarie o postali – IBAN

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Intestatario del conto

Nome/Cognome _____

CF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data di nascita |_|_| |_|_| |_|_|

Luogo di nascita _____

tel. _____ e-mail _____

data _____ Firma del titolare _____

[ ] Tramite carta di credito

n. carta |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

mese/anno di scadenza |_|_| |_|_| CVV |_|_|_|

Nome/Cognome _____

tel. _____ data di nascita |_|_| |_|_| |_|_|

data _____ Firma del titolare _____

Delega per addebito diretto SDD CORE. Il sottoscritto autorizza AIMA Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Reggio Emilia a incassare l'ammontare della quota sopraindicata addebitandola sul conto corrente/carta di credito, fino a modifica o revoca di questa autorizzazione che potrà avvenire tramite una telefonata o una comunicazione scritta a AIMA Reggio Emilia.