



AZIENDA AMICA DEL SANTOBONO - MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA -

DATI AZIENDA

RAGIONE SOCIALE			
INDIRIZZO			
COMUNE		CAP	
PARTITA IVA		SETTORE	
TELEFONO		EMAIL	

DATI RAPPRESENTANTE LEGALE

COGNOME E NOME			
CODICE FISCALE			
TELEFONO		EMAIL	

REFERENTE DA CONTATTARE PER I RAPPORTI CON L'ASSOCIAZIONE

COGNOME E NOME			
TELEFONO		EMAIL	

IMPORTO DONAZIONE	<input type="checkbox"/> 5.000 €	<input type="checkbox"/> 10.000 €	<input type="text" value=""/>	€
-------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

La nostra azienda aderisce al programma "Azienda Amica del Santobono" e dichiara di aver preso visione del relativo regolamento.

Data

Il legale rappresentante

Intestare le donazioni a Sostenitori Ospedale Santobono Onlus, indicando come causale: Erogazione liberale - Azienda Amica del Santobono

Bonifico bancario

IBAN:IT71S0200803462000104966165

Bollettino postale

C/C N° 70988233

Carta di Credito

Online su www.santobono.it

IL PRESENTE MODULO E LA RICEVUTA DELLA DONAZIONE VANNO INVIATI A info@sostenitorisantobono.it
SARETE CONTATTATI DA UN NOSTRO REFERENTE PER CONCORDARE L'INVIO DEL VOSTRO LOGO AZIENDALE