

Sì, voglio sostenere regolarmente la Ricerca svizzera contro il cancro come PARTNER DELLA RICERCA.

Autorizzazione di pagamento con diritto di revoca, su un conto bancario (LSV+)
o un conto postale (addebito CH-DD di base).

Mi impegno con un contributo di CHF _____

Scadenza: mensile trimestrale semestrale annuale

Primo pagamento da: subito mese/anno _____ / _____

Il contributo minimo per i partner della ricerca è di **100 franchi all'anno**.

Titolare/i del conto

Signora Signor Famiglia Signora e signor

Nome(i) _____ Cognome(i) _____

Via/n. _____ NPA/luogo _____

E-mail _____ Telefono _____

Data(e) di nascita _____

Addebito sul mio **conto bancario** (LSV+)

Nome della banca _____ NPA/luogo _____

IBAN (conto bancario):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Con la presente autorizzo revocabilmente la mia banca ad addebitare sul mio conto gli avvisi di addebito emessi dalla Ricerca svizzera contro il cancro. Se il mio conto non presenta la copertura necessaria, la mia banca non è tenuta ad effettuare l'addebito. Riceverò un avviso per ogni addebito sul mio conto. L'importo addebitato mi verrà riaccreditato se lo contesterò alla mia banca in forma vincolante entro 30 giorni dalla data dell'avviso. Autorizzo la mia banca ad informare il destinatario del pagamento in Svizzera o all'estero sul contenuto della presente autorizzazione all'addebito nonché sulla sua eventuale revoca successiva, in qualsiasi modo essa lo ritenga opportuno.

O

Addebito diretto sul **conto postale** con CH-DD di base

IBAN (conto postale):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Con la presente il cliente autorizza PostFinance, fino a nuovo ordine, ad addebitare sul proprio conto gli importi pendenti indicati dalla Ricerca svizzera contro il cancro. In assenza di una copertura sufficiente sul conto, PostFinance può verificarla più volte per eseguire il pagamento, ma non è tenuta a effettuare l'addebito. Per ogni addebito del conto viene fornito un avviso al cliente di PostFinance nella forma convenuta con lo stesso (ad es. con l'estratto conto). L'importo addebitato viene riaccreditato al cliente nel caso in cui, entro 30 giorni dalla data dell'avviso, presenti un'obiezione presso PostFinance in forma vincolante.

Luogo, data _____ Firma(e)* _____

* Firma del mandante o del procuratore sul conto. In caso di firma collettiva sono necessarie due firme.

La preghiamo di rispedire il modulo compilato a:

Ricerca svizzera contro il cancro, Effingerstrasse 40, casella postale, 3001 Berna

Rettifica (lasciare vuoto, viene compilato dalla banca)

IBAN (conto bancario):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Data _____ Sigillo e visto della banca _____

Beneficiaria: Ricerca svizzera contro il cancro, Effingerstrasse 40, casella postale, 3001 Berna, tel. 031 389 93 00, fax 031 389 91 60
donazioni@ricercacancro.ch, www.ricercacancro.ch N. partecipante (RS-PID): 41101000000545424 **IDENT. LSV:** KRE1W

Web
FoPa