

Cognome e Nome del sostenitore _____

Indirizzo _____

N.civico _____ C.A.P. _____ Comune _____

Provincia _____

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

Mi impegno a sostenere BAMBINO/A con un impegno di 1,00 euro/giorno - € 30,00/mese ad effettuare i pagamenti con scadenza

Mensile Trimestrale Semestrale Annuale

Inizio adozione _____ e finché permarrà lo stato di bisogno.

BAMBINO e STATO di FAMIGLIA

Nome e Cognome _____

di _____ e di _____

nato il _____

scuola frequentata _____

fratelli/ sorelle _____

Note :

Pienamente informato, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/03 n. 196 autorizzo il trattamento dei miei dati

Data _____

Firma del sostenitore _____

S.O.SOLIDARIETA' per accettazione: _____

C.F. 94031 940 656

Sede Legale: via F. Galdo, 6 - 84126 Salerno

info@sosolidarieta.it sosolidarietaonlus@pec.it www.sosolidarieta.it