SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

*Gentilissima/o Sig.ra/Sig.*_____

a nome dell'AUSL di Imola, che rappresento, desidero ringraziarLa sentitamente per la donazione da Lei effettuata a favore della nostra Azienda Sanitaria. La Sua donazione sarà utilizzata per gli scopi che Lei avrà voluto specificare di seguito e costituisce, oltre ad un contributo concreto, un esempio di grande solidarietà verso tutta la popolazione del nostro territorio.

Nel porgerLe i miei personali saluti, rinnovo il ringraziamento, certa che questo Suo gesto di generosità costituisce un meritevole contributo al ricordo delle persone a cui avrà voluto dedicarlo.

Il Direttore Generale

ATTESTATO DI DONAZIONE A FAVORE DI AUSL DI IMOLA

Il Sig./Sig.ra _____

Via _____ n. _____

Città _____CAP_____Provincia_____

ha effettuato una donazione di Euro_____a favore di :

☐ LOTTA CONTRO I TUMORI ☐ ALTRI SERVIZI AUSL _____

☐ IN MEMORIA DI ☐ PER ANNIVERSARIO DI ☐ ALTRO

Cognome_____Nome_____

La donazione viene effettuata da (compilare solo in caso di più persone)

_____

_____

Desidera la pubblicazione sui giornali locali: SI ☐ NO ☐

Desidera che l'Azienda USL comunichi l'avvenuta donazione a:

Cognome e Nome_____

Via _____n. _____città _____ CAP_____

Eventuale delega al versamento_____

Si autorizza l'utilizzo dei dati personali ai sensi della legge n.196/03 sulla riservatezza

Firma

Imola, lì_____ _____

DS Mod.453