



Emergenza Sorrisi

Doctors for Smiling Children



TOMBOLA ORGANIZZATA DA:	
NOME:	
COGNOME:	
INDIRIZZO:	
CITTA':	CAP:
E-MAIL:	
TELEFONO:	
VINCITORE DELLA TOMBOLA:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<p>Gentile Signore/la Le chiediamo l'autorizzazione ad utilizzare i suoi dati esclusivamente per promuovere le attività di Emergenza Sorrisi-Doctors for Smiling Children.</p> <p>La informiamo che i suoi dati saranno utilizzati da Emergenza Sorrisi-Doctors for Smiling Children anche per scopi statistici interni con mezzi informatici, nel pieno rispetto del Decreto legislativo 30 giugno 2003 (legge sulla privacy) e che in nessun caso saranno ceduti a terzi né diffusi in Italia o all'estero. In qualsiasi momento potrà rivolgersi al titolare del trattamento dei suoi dati, Emergenza Sorrisi-Doctors for Smiling Children, per chiederne la verifica, modifica o cancellazione. La ringraziamo per la sua preziosa collaborazione.</p> <p><i>Per accettazione</i></p> <p style="text-align: right;">FIRMA</p> <p style="text-align: right;">-----</p>	

