ALLA COOP. IL SORRISO

Sede Legale: Via Bertarini 45, 20061Carugate

IMPEGNO DI SOTTOSCRIZIONE

cognome e nome .....

nato/a ..... il.....

residente.....in via.....

telefono.....**cellulare**.....

e-mail.....

Eventuali note.....

Nel condividere lo scopo sociale della Coop. IL SORRISO a favore delle persone con disabilità, dichiaro di sostenere l'attività della stessa impegnandomi a versare a titolo di donazione la somma di € 1.000 in rate mensili (BARRARE L'OPZIONE SCELTA):

Opzione A   95 rate mensili di € 10; ultima rata di € 50

Opzione B   47 rate mensili di € 20; ultima rata di € 60

Opzione C   (senza versamenti rateali) versamento in unica soluzione di € 1.000

I versamenti rateali avverranno tramite addebito automatico in conto corrente (SSD), **da effettuarsi con cadenza semestrale**; allego modulo di autorizzazione firmato, per predisporre tale pagamento presso la Banca a cura del beneficiario Coop. IL SORRISO.

Luogo e data

Firma del sottoscrittore

Ricevuto da COOP. IL SORRISO il.....

Coop. Il Sorriso si impegna a rilasciare annualmente l'attestazione circa la DONAZIONE RICEVUTA.