

AL DIRETTORE GENERALE  
**Azienda Ospedaliero-Universitaria Di Parma**  
via Gramsci, 14 - 43126 – Parma  
[direzione generale@ao.pr.it](mailto:direzione generale@ao.pr.it)  
fax n. 0521/703630

e, p.c.

Servizio Economico Finanziario e aspetti  
economici dell'accesso alle prestazioni sanitarie

Struttura Interaziendale Affari Generali

## OGGETTO: Proposta di donazione in denaro

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
CAP \_\_\_\_\_, città \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,  
fax \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_,  
personalmente o in qualità di \_\_\_\_\_,  
della Ditta/Associazione \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,  
fax \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_,

esprimo la volontà di donare, a puro titolo di liberalità, all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma l'importo di Euro  
(in cifre) \_\_\_\_\_,  
(in lettere) \_\_\_\_\_.

che provvederò a versare con le seguenti modalità (barrare la modalità prescelta):

- Versamento **in contanti** effettuato presso qualsiasi Filiale o Agenzia del Gruppo Banca Intesa (cassiere dell'Agenzia Ospedaliero-Universitaria di Parma) **indicando la destinazione e le eventuali finalità**
- Bonifico bancario a favore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (codice IBAN: **IT 39 R 03069 12765 100000046031** – codice BIC per operazioni dall'estero: BCITITMM, **indicando la destinazione e le eventuali finalità**)
- Versamento a mezzo **bollettino di conto corrente postale** n. 00330431 intestato all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma – Servizio tesoreria **con indicazione** in apposito spazio della causale di versamento **della destinazione e delle eventuali finalità**
- Assegno (bancario o circolare)** intestato a Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Destinazione:

**DONAZIONE ALL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA**

**DONAZIONE ALLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DESTINATARIA**

U.O., S.S.D., S.S., Programma:

Direttore/Responsabile della Struttura:

**EVENTUALE VINCOLO DI DESTINAZIONE DELLA DONAZIONE** (es. acquisizione di apparecchiature biomedicali, acquisizione di arredi, Borse di studio,...)

**MOTIVAZIONE**

Luogo e data

Firma  
Il proponente

Ditta/Associazione

***NB: Non saranno prese in considerazione richieste incomplete***