

AL DIRETTORE GENERALE
Azienda Ospedaliero-Universitaria Di Parma
via Gramsci, 14 - 43126 – Parma
direzionegenerale@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'Azienda 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

Intestazione
Ditta/Associazione

NB: Non saranno prese in considerazione richieste incomplete