



VEN. ARCICONFRATERNITA DELLA MISERICORDIA DI FIRENZE

CONTRATTO PER ALLACCIAMENTO O RIATTIVAZIONE LAMPADE VOTIVE

Nome e Cognome (leggibile) del richiedente il servizio se diverso dall'intestatario :

Nome _____ Cognome _____ Affinità _____

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome - per le donne indicare quello da nubile) - (scrivere in stampatello)

(nome di battesimo)

(cognome da sposata)

Codice Fiscale _____ **nato/a a** _____

il _____ **domiciliato/a in** _____

CAP _____ **via /P.za** _____

n. _____ **tel.** _____ **Cellulare** _____

e-mail _____ **titolo** _____

professione _____ **luogo di lavoro** _____

presa visione delle condizioni generali di abbonamento, mentre dichiara di accettarle integralmente, chiede a codesta Istituzione ed espressamente autorizza :

ALLACCIAMENTO

LA RIATTIVAZIONE

DISATTIVAZIONE

Della lampada votiva per il Defunto _____

Data decesso _____

La Misericordia di Firenze restando invariate le stesse condizioni di abbonamento eseguirà l'operazione richiesta dopo che sarà stato corrisposto il relativo integrale contribuito .

Preso atto dei diritti riconosciuti all'interessato, **lege 675/96**, acconsento al trattamento dei dati qui forniti, **consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può avere luogo senza le comunicazioni dei dati personali alla Misericordia di Firenze ed agli altri soggetti titolari del trattamento** dei dati personali generali e sensibili, per le finalità e nei limiti indicati della suddetta lege.

(IL RICHIEDENTE)
firma del richiedente il servizio