**MODULO DI RICHIESTA PUBBLICAZIONI**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desidero ricevere il DVD “Mani per crescere”

☐ n° ……….. copie che mi verrà spedita al seguente indirizzo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A fronte del DVD che richiedo verserò una donazione liberale a Vivere Onlus pari a € 20 a copia per un totale di € ……..

Eseguirò un bonifico bancario direttamente al Coordinamento Vivere Onlus nel conto corrente: **IT63 I050 1812 1010 00015151517** a cui farà seguito la ricevuta di donazione.

Sig/Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ genitore ☐ medico ☐ infermiere ☐ fisioterapista ☐ Altro

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tale richiesta viene inoltrata al seguente indirizzo: [**comunicazione@vivereonlus.com**](mailto:comunicazione@vivereonlus.com)

Per qualsiasi informazione tel. 345 4520410