**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**

 Per qualsiasi informazione tel. 345 4520410