

Spett.le
Dipartimento di Medicina
Università degli Studi di Verona
Sezione di Ematologia
Laboratorio di Ricerca sulle Cellule Staminali
Policlinico G.B. Rossi
P.le L.A. Scuro, 10
37134 Verona
Tel. 045/802.7223 o 802.7301
Fax. 045/802.7223 o 807.7305

Contributo liberale di _____ , ____ Euro a Vs. Favore

Con la presente Vi informiamo che intendiamo erogare un contributo liberale di _____ , ____ Euro a favore del Laboratorio di Ricerca sulle Cellule Staminali, diretto dal Dr. Mauro Krampera, c/o Sezione di Ematologia, Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Verona.

A tale proposito in data ____ / ____ / ____ abbiamo dato ordine alla Banca

_____ di eseguire il bonifico come sotto specificato:

Banca Beneficiario: BANCO POPOLARE SOCIETA' COOPERATIVA

IBAN: IT 56 Q 05034 11750 000000011068

Valuta: ____ / ____ / ____

Importo: _____ , ____ Euro

Descrizione: donazione liberale per Lab. di Ricerca sulle Cellule Staminali.

Dati anagrafici di chi effettua la donazione liberale:

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Provincia _____

Indirizzo _____ n° _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Recapito telefonico _____

Luogo e data _____ , ____ / ____ / ____