

# FAÇA UMA DOAÇÃO AO CICV

## EM CHEQUE

Sim, gostaria de ajudar a levar assistência às pessoas afetadas pelo conflito no mundo fazendo uma doação em cheque ao Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV).

### 1 – Gostaria de apoiar uma das seguintes operações:

Por questões logísticas e administrativas, pedimos que você escolha apenas uma operação. Se desejar apoiar as nossas atividades em um país em particular, por favor, consulte no nosso website ([www.icrc.org/eng/donations](http://www.icrc.org/eng/donations)) a lista de operações que estão recebendo doações. Por favor, escolha uma das operações listadas. Caso não o faça, o CICV se reserva o direito de destinar a sua doação a uma operação de sua escolha.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A critério do CICV                                     | <input type="checkbox"/> Assistência à saúde  |
| <input type="checkbox"/> Água e habitat   | <input type="checkbox"/> Outros (consulte o nosso website: <a href="http://www.icrc.org/eng/donations">www.icrc.org/eng/donations</a> ) |
| <input type="checkbox"/> Reabilitação física / Colocação de membros artificiais |   |
| <input type="checkbox"/> Restabelecimento de laços familiares                   |   |

### 2 – Meus dados pessoais

O CICV toma precauções para proteger os dados pessoais dos seus doadores. Estes dados são armazenados de forma confidencial e não serão compartilhados com terceiros para fins de marketing.

- Você é
- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> uma pessoa física | <input type="checkbox"/> uma empresa  |
| <input type="checkbox"/> uma organização   | <input type="checkbox"/> uma fundação |

### Organização / empresa / fundação

(Complete somente se estiver fazendo uma doação em nome de uma organização, uma empresa ou uma fundação.)

Tratamento  Sra.  Sr.

Nome (s) ..... Sobrenome (s) .....

Endereço .....

CEP / Código postal ..... Cidade / localidade ..... País / território .....

Endereço eletrônico ..... Telefone .....

(opcional)

(opcional)

- Sim, quero ser informado(a) por e-mail sobre as atividades do CICV.

Doação em nome de terceiros  em memória de  em homenagem a  em nome de

Por favor, complete os dados da(s) pessoa(s) a quem você gostaria de informar sobre a sua doação.

Tratamento  Sra.  Sr.

Nome (s) ..... Sobrenome(s) .....

Endereço .....

CEP / Código Postal ..... Cidade/ localidade ..... País / território .....

Endereço eletrônico ..... Telefone .....

(opcional)

(opcional)

2 – Por favor, complete todos os campos relevantes deste formulário e envie-o, junto com o seu cheque, para o seguinte endereço:

Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV)  
19, avenue de la Paix  
1202 Genebra  
Suíça



ICRC