RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO COMPETENZE

IL SOTTOSCRITTO

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. (_____) il ___ /___ /___

Codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente in (Via, Largo, Piazza, ...) _____

CAP _____ Città _____ Prov. (_____)

chiede che gli emolumenti spettanti vengano corrisposti con accredito sul conto corrente identificato dal seguente CODICE IBAN (*27 caratteri obbligatori*):

Paese		**Cod. controllo**		**Cin**	**Codice ABI**					**Codice CAB**					**Numero di Conto Corrente (compresi gli eventuali zeri iniziali)**													

ISTITUTO DI CREDITO _____

UFFICIO POSTALE DI _____

INDIRIZZO _____

INTESTATO A: _____

Data ___ /___ /_____ Firma

_____