

Dati per il pagamento del contributo

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome

Nome

nato/a

(prov.

) il

/

/

in

qualità

di

legale

rappresentante

di

al quale è attribuito

codice fiscale

partita I.V.A.

COMUNICA

di avvalersi del seguente **conto corrente dedicato** per i contributi assegnati dalla Provincia autonoma di Trento *(può essere un conto corrente bancario o un conto corrente postale già aperto, purché intestato all'Istituzione richiedente il contributo)*, con i seguenti estremi:

Presso ☐

la Banca

☐

le Poste Italiane S.p.A.

Filiale di

Agenzia n.

Città

(prov.

) indirizzo

n.

Codice Paese

CIN Euro

CIN Italia

ABI

CAB

Conto n.

Codice IBAN

sul quale è autorizzato ad operare

☐

il/la signor/a

nato/a a

il

codice fiscale

☐

il/la signor/a

nato/a a

il

codice fiscale

☐

il/la signor/a

nato/a a

il

codice fiscale

CHIEDE

che tutti i pagamenti riguardanti il contributo assegnato siano effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico appoggiato sul conto sopra indicato.

FIRMA DEL/DELLA LEGALE RAPPRESENTANTE

(luogo e data)

.....

(timbro e firma)