

<i>Denominazione Commerciale Azienda</i>			
Ragione Sociale			
Settore di appartenenza			
Rappresentante legale			
Indirizzo sede legale			
C.a.p.			
Città			
Provincia			
P.Iva/Cod. Fisc.			
Cod. INPS			
Associato a (indicare)			
Telefono			
Fax			
E-Mail			
Indirizzo Internet			

<i>Denominazione Commerciale Filiale</i>			
Settore di appartenenza			
Responsabile della filiale			
Indirizzo			
C.a.p.			
Città			
Provincia			
Cod. INPS			
Telefono			
Fax			
E-Mail			
Indirizzo Internet			

nb: il presente modulo va restituito all'Ente anche tramite Fax o E-Mail

Si prega di voler scrivere in maniera chiara, leggibile ed in stampatello.
Nel caso che un'azienda abbia più filiali si può fotocopiare il presente modulo e compilarlo per ognuno di esse.

La sottoscritta Ditta, ai sensi del D.lgs 196/2003, esprime il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali avendo preso visione dell'allegato "A" al seguente modello (Art. 13 - diritto dell'interessato e Art. 10 - informativa)

Timbro e firma (leggibili)
del responsabile

Timbro e firma (leggibili)
del responsabile

NON ACCETTO

ACCETTO