

STRUTTURA* _____

ANAGRAFICA BENEFICIARI ISCRITTI C.C.I.A.A

(Il presente modello deve essere compilato in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

DENOMINAZIONE DITTA _____

CODICE FISCALE (da indicare anche se uguale a P.IVA) _____

PARTITA IVA _____

DOMICILIO FISCALE :

- CITTA' _____ PROV _____ CAP _____
- VIA/P.ZA _____ N. _____
- TELEFONO N. _____
- FAX N. _____
- E.MAIL _____
(per comunicazioni relative ai pagamenti)

IMPRESA PRODUTTRICE/DISTRIBUTTRICE DI FARMACI AI SENSI DEL DM 20/12/2017

REGIME FISCALE: Adesione al regime forfettario di cui alla L. 190/2014, art. 1, c. 54-89

MODALITA' DI PAGAMENTO:

- DENOMINAZIONE BANCA DI APPOGGIO _____
- DENOMINAZIONE SPORTELLLO O AGENZIA _____
- COD.ABI _____ COD.CAB _____
- COD.CIN _____
- COD.BIC (per pagamenti all'estero) _____
- NUMERO DI CONTO CORRENTE (12 cifre) _____
- COD.IBAN _____

La presente Ditta si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione in merito ai dati sopra indicati ed autorizza l'uso degli stessi per la gestione delle spettanze ed ai fini fiscali.

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____

* struttura richiedente l'inserimento anagrafico