

ALL.”C”

PARTNER

Nome:

Ragione sociale:

Tipologia Ente (*ASL, Ente Locale, Ente Ausiliario, Cooperativa Sociale*)

Sede Legale:

Indirizzo :

Tel. & fax ; indirizzo di posta elettronica

Codice Fiscale Partita I.V.A.

Istituto di Credito

Codice IBAN

Rappresentante Legale: (cognome, nome, recapiti telefonici, indirizzo posta elettronica)

Firma del legale rappresentante

(autocertificazione con ammonimento ai sensi
dell’art.76 del d.P.R. 445/2000)

(Allegare copia del documento di riconoscimento)