

Alleg. 3

Data

Spett.le
Ordine Farmacisti della Provincia di Rieti
Via Antonio Gherardi n. 40
02100 Rieti

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____, a _____ e
residente in _____, Via _____ n. _____ in qualità di legale rappresentante
dell'impresa _____ con sede legale in Via _____, n. _____, CAP _____,
_____, Codice Fiscale/Partita IVA n.: _____, telefono _____,
Fax _____, e-mail: _____.

Si assume, così come previsto dall'art. 3 della legge 136/2010 e successive modificazioni, a pena di nullità assoluta del contratto, l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari impegnandosi a comunicare ogni modificazione relativa ai dati trasmessi.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 3 della legge n. 136/2010, che gli estremi identificativi del conto corrente bancario dedicato per i pagamenti, sono i seguenti:

Banca D'appoggio:

Sede di: _____

IBAN: _____

Intestato a : _____

BIC: _____

Generalità della/e persona/e delegata/e ad operare sul conto:

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale: _____

Il conto corrente sopra indicato sarà sempre lo stesso per tutti i rapporti contrattuali con l'Ordine.



In fede