

N.B. MODULO DA NON ALLEGARE AL BONIFICO

SPETT. ISTITUTO DI CREDITO

AGENZIA _____

CITTA' _____

IL SOTTOSCRITTO LAVORATORE AUTONOMO _____

PREGA CODESTO ISTITUTO DI ACCREDITARE IL SOTTOINDICATO IMPORTO A FAVORE
DELL' ASSISTEDIL, PRESSO LA BANCA:

- UNICREDIT BANCA S.p.A. sede di Ancona Piazza Roma IBAN IT 98 E 02008 02626 000003749335
- BPER BANCA sede di Ancona IBAN IT 61 D 05387 02684 000042879765
- BANCA INTESA Sanpaolo sede di Ancona IBAN IT 77 J 03069 02609 100000007722
- BCC Credito Cooperativo di Ancona e Falconara Marittima IBAN IT 66 P 08086 02602 000000018463

MEDIANTE BONIFICO BANCARIO DA ADDEBITARE SUL CONTO CORRENTE N° _____

E RELATIVO ALLA SEGUENTE CAUSALE (obbligatoria):

“CODICE LAVORATORE AUTONOMO _____ ANNO _____”

IMPORTO DEL VERSAMENTO EURO 280,00

FIRMA E TIMBRO