RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO IN C/C BANCARIO

COGNOME_____ NOME_____
Nato a (Comune/Stato estero) _____ il _____
Residente a _____ (Prov. _____) CAP _____
Indirizzo_____

Codice Fiscale |_||_||_| |_||_||_| |_||_||_|_||_| |_||_||_||_||_|

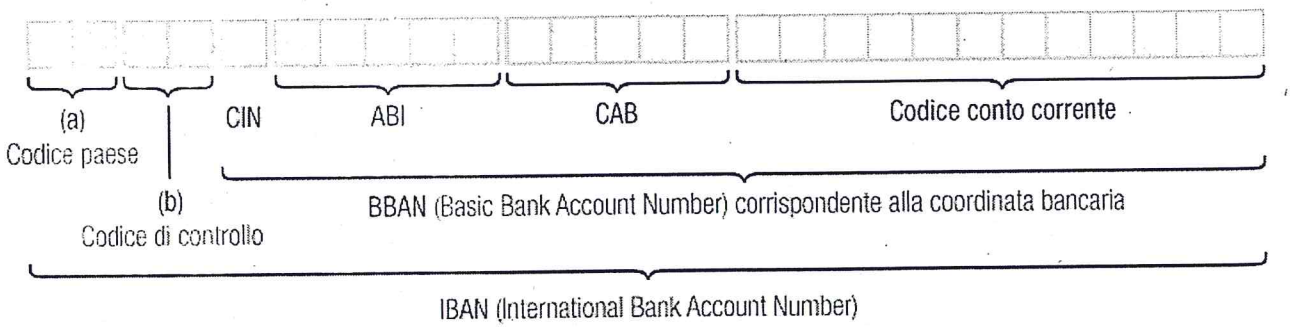
(beneficiario)

Spett.le
Provincia Autonoma di Trento
Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza
Via Gilli, 4
38121TRENTO

Richiesta di accreditamento in conto corrente bancario

Con riferimento alla normativa vigente, il sottofirmato chiede che le proprie spettanze derivanti da qualsiasi titolo, nei confronti di questo spettabile Ente, vengano liquidate con versamento sul proprio conto corrente bancario sotto indicato:

Codice IBAN (recuperabile dagli estratti conto cartacei della banca – lunghezza per l'Italia 27 caratteri alfanumerici)



_____
(Istituto bancario)

_____
(Città)

La presente disposizione è valida sino a revoca.

Data _____ Firma _____