MODULO SERVIZI VARI

CODICE AUA _____

Il sottoscritto _____

Nato a_____Prov.____il_____C.F. _____

residente a_____Prov.____CAP_____ Via _____

quale rappresentante legale dell'Azienda

_____

Indirizzo _____ Comune_____ Prov._____
Telefono_____Cell._____Fax _____
indirizzo e-mail PEC_____e-mail _____

P.IVA_____ C.F. _____
Codice ASL_____/____ CUAA _____

CHIEDE

☐ **ADESIONE** ☐ **RECESSO**

AL SEGUENTE SERVIZIO:

ANAGRAFE EQUIDI (BDN) _____

SCELTA INVIO DATI:

Chiedo di ricevere i dati tecnici via: ☐ E-MAIL ☐ FAX ☐ POSTA

INDIRIZZO E-MAIL: _____

FAX: _____

POSTA: _____

NOTE: _____

Il sottoscritto dichiara di conoscere ed accettare incondizionatamente lo Statuto dell'Associazione e i Regolamenti che ne disciplinano l'attività (Legge n.30 del 15/1/1991 e succ. modifiche), compresi quelli dei Libri Genealogici/Registri Anagrafici/Controlli Funzionali. Si impegna al pagamento di quanto dovuto all'Associazione e a segnalare eventuali variazioni anagrafiche / modifiche strutturali aziendali entro 60 giorni dalla avvenuta modifica.

Il sottoscritto dichiara di conoscere le tariffe previste per i servizi richiesti e di sapere che potranno subire eventuali variazioni nelle modalità previste dallo statuto.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che le tariffe per i servizi sono pubblicate sul sito dell'ARAL (www.aral.lom.it) e che dette tariffe saranno soggette alla applicazione dell'IVA di legge nel caso il richiedente non sia socio dell'ARAL.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che i servizi di Controllo Funzionale, Libro Genealogico e Registro Anagrafico sono svolti con il contributo dell'Ente Pubblico.

Data _____ Timbro dell'azienda

Firma del Legale Rappresentante