Spett.le ARA LOMBARDIA

Sede di ……..

……., …….

Io sottoscritto ……. cf ……..

in qualità di DETENTORE/PROPRIETARIO/PRESIDENTE/LEGALE RAPPRESENTANTE dell'(ASSOCIAZIONE/SOCIETA') ……..…… cf/p.iva ……. autorizzo l'ARAL SEDE …….. ad inserire i soggetti in elenco presenti sul codice ASL ……/…….

Tel. ……..……

E-mail ……..

<u>Codice Univoco</u> ……..

In fede

…….

Allego:

1- elenco capi

2- copia carta d'identità

3- copia codice fiscale

4- copia certificato attribuzione P.Iva società o visura camerale per le società

pagamento da effettuarsi tramite le seguenti modalità

BPER BANCA
Ag. Crema Via Mazzini, 109
IBAN: IT49D0538718549000049290436
Intestato a: ASSOCIAZIONE REGIONALE DELLA LOMBARDIA