Università degli Studi di Catanzaro
"Magna Græcia"

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO IN C/C BANCARIO / POSTALE / ON LINE

(D. Lgs. 27 gennaio 2010, n. 11)

...L... SOTTOSCRITT... …...……

NAT... IL …..…./…..…/…….. A ……..……..…… PROV. ….……

RESIDENTE IN VIA/PIAZZA .....

COMUNE ..... PROV. …… CAP .....

COD. FISC. …...……...

MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA PRESSO ……

.....

CHIEDE

CHE LE PROPRIE COMPETENZE VENGANO ACCREDITATE IN VIA CONTINUATIVA SUL C/C

☐ BANCARIO ☐ POSTALE ☐ ON LINE n° ……

A LUI INTESTATO PRESSO ☐ POSTE ITALIANE ☐ ISTITUTO BANCARIO

FILIALE/AGENZIA ……

INDIRIZZO …….....

COMUNE ..... PROV. …… CAP .....

Codice IBAN coordinate bancarie/postali:

E SI IMPEGNA A TENERE INDENNE L'ERARIO DA OGNI DANNO POSSA DERIVARE DA DISPOSTO ACCREDITAMENTO.

CATANZARO, ……..

FIRMA

……