

TIMBRO DITTA:

Spett.le ♦
LAB-CONTROL S.R.L.
Via Cà Donà, 545
45030 S. MARTINO DI V. (RO)

In adempimento a quanto previsto dal D.P.R. del 02/11/1976 n° 784 siamo a ritornarVi il presente modulo compilato in ogni sua parte.

ESATTA RAGIONE SOCIALE *.....

ATTIVITA' *.....

VIA *.....

CAP *CITTA' *.....PROV *

TEL N°FAX. *.....

E-MAIL.....

E-MAIL PEC *

CODICE FISCALE *

PARTITA IVA *

BANCA APPOGGIO/FILIALE-AGENZIA

COD. ABI-CAB

EVENTUALE SEDE OPERATIVA DIVERSA DA SEDE LEGALE:

*campi obbligatori

VIA

CAPCITTA'PROV

Distinti saluti.

FIRMA

Si richiede inoltre di indicare in occasione delle ferie del mese di Agosto e Dicembre la data a cui vanno posteipate le scadenze delle Ri.Ba.

Dicembre al di Gennaio

Agosto al di Settembre

CONSENSO PRIVACY

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 la Lab-Control informa che i dati a Voi richiesti saranno utilizzati esclusivamente per l'incarico ricevuto e comunicati a terzi solo in forza di disposizioni di Legge. I dati saranno gestiti da personale dell'Azienda.

Firma per consenso