COMUNICAZIONE COORDINATE BANCARIE PER ACCREDITO IMPORTI DOVUTI DALL'IPA

(*) Il conferimento di tutti i dati personali presenti in questo modulo sono obbligatori ai fini della specifica finalità richiesta

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... il .....

Cellulare..... E-mail .....

Dipendente di..... N.Individuale/Matricola.....

Chiede che gli importi dovuti dall'IPA siano versati sul conto corrente identificato dal seguente codice IBAN a me intestato.

I T		COD.		CIN	ABI					CAB					NUMERO C/C											
I	T																									

Data_____ **Firma**_____

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa inerente il trattamento dei propri dati personali in qualità di iscritto all'IPA e di averla già sottoscritta in conformità a quanto stabilito dal Regolamento Europeo 2016/679; dichiara, altresì, di averne compreso il contenuto e di essere pertanto a conoscenza che i propri dati saranno trattati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa in aderenza alle disposizioni del citato Regolamento.

Firma_____

Allegare copia di un documento di identità