

## MODALITA' DI PAGAMENTO

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### CHIEDO

Che le spettanze a titolo di contributo per \_\_\_\_\_ pari a € \_\_\_\_\_ vengano poste in pagamento con le seguenti condizioni:

pagamento diretto presso le agenzie CARISBO a favore del sottoscritto

accreditalmento (con spese a mio carico) in **c/c bancario**

banca \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

accreditalmento (con spese a mio carico) in **c/c postale**

**Bancoposta** sede di \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

con assegno circolare non trasferibile (con spese a mio carico) emesso a favore del sottoscritto da spedire al mio indirizzo con lettera raccomandata con avviso

S. Giovanni in Persiceto, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### IMPORTANTE:

- IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO DAL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO
- RIPORTARE CORRETTAMENTE LE COORDINATE BANCARIE O POSTALI E DARE IMMEDIATA COMUNICAZIONE DELLA LORO VARIAZIONE