

### Dati per il pagamento del contributo

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome  Nome

nato/a  (prov. ) il  /  /

in  qualità  di  legale  rappresentante  di

al quale è attribuito

codice fiscale

partita I.V.A.

### COMUNICA

di avvalersi del seguente **conto corrente dedicato** per i contributi assegnati dalla Provincia autonoma di Trento (può essere un conto corrente bancario o un conto corrente postale già aperto, purché intestato all'Istituzione richiedente il contributo), con i seguenti estremi:

Presso  la Banca   le Poste Italiane S.p.A.

Filiale di  Agenzia n.

Città  (prov. ) indirizzo  n.

Codice Paese  CIN Euro  CIN Italia

ABI  CAB  Conto n.

Codice IBAN

### sul quale è autorizzato ad operare

il/la signor/a  nato/a a  il   
codice fiscale

il/la signor/a  nato/a a  il   
codice fiscale

il/la signor/a  nato/a a  il   
codice fiscale

### CHIEDE

che tutti i pagamenti riguardanti il contributo assegnato siano effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico appoggiato sul conto sopra indicato.

FIRMA DEL/DELLA LEGALE RAPPRESENTANTE

(luogo e data)

.....

(timbro e firma)