

Indica quali soggetti delegati ad operare sul predetto conto:

Il/la Sig/sig.ra nato/a il.....
a.....Prov.....C.F.....

Il/la Sig/sig.ra nato/a il.....
a.....Prov.....C.F.....

CHIEDE

ai sensi e per le finalità di cui alla legge 136/2010, che tutti i pagamenti riguardanti il predetto intervento siano effettuati tramite lo strumento del bonifico appoggiato sul conto sopra indicato;

il sottoscritto si impegna altresì a comunicare al Consorzio Società della Salute Valdichiana Senese ogni eventuale variazione dei dati sopra richiamati. Ai sensi del Decreto legislativo 196/03, conferisce espressamente il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili.

Luogo e data

FIRMA del Legale rappresentante
