



FEDERAZIONE  
AUTONOMA  
BANCARI  
ITALIANI

**MODULO DI ISCRIZIONE CONSULENTI FINANZIARI**

Il/La sottoscritto/a
Cod.Fisc./P.IVA
e-mail
indirizzo
tel.abitaz.
tel.cell.
n° iscrizione OCF
data iscrizione OCF
abilitato con esame SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
con mandato SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Società:
Qualifica: CF <input type="checkbox"/> Manager <input type="checkbox"/> Capoarea <input type="checkbox"/>
(barrare le caselle che interessano)
chiede di essere iscritto a FABI - FEDERAZIONE AUTONOMA BANCARI ITALIANI e dichiara di conoscerne ed accettarne lo Statuto. Il/La sottoscritto/a, in base a quanto disposto dal Dlgs. 196/2003 esprime il pieno consenso a che il contenuto del presente, in quanto dato sensibile, sia oggetto di trattamento da parte della FABI in tutte le sue articolazioni associative, extra-associative inclusa l'associazione di Consulenti Finanziari ASSONOVA. e società esterne di servizi e/o fornitori ad esse collegate/i.
data
firma

**QUOTA DI ISCRIZIONE FORFETARIA ANNUALE € 144,00 (ANNO SOLARE)**

PER ISCRIZIONI IN CORSO D'ANNO: 3 MESI € 36,00 - 6 MESI € 72,00 - 9 MESI € 108,00

**IL CONSULENTE FINANZIARIO E' GRATUITAMENTE ISCRITTO AD ASSONOVA**

**VERSAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA A MEZZO RID/SDD**

Il/La sottoscritto/a allega modulo RID/SDD valido sino a revoca

\_\_\_\_\_ data firma

**VERSAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA con BONIFICO BANCARIO o A MEZZO ASSEGNO**

Il/La sottoscritto/a allega copia del bonifico disposto presso la Banca di Credito Cooperativo di Roma a favore FABI Fed.ne Auton. Bancari Italiani IBAN: IT 20 X 08327 03235 0000 0000 3697

allega assegno bancario/circolare n..... emesso da..... di € ..... intestato alla FABI, a titolo di versamento della quota associativa per l'anno .....

\_\_\_\_\_ data firma



Il/La sottoscritto/a:
Cod.fisc:o P.IVA:
Indirizzo:
tel.abitazione:
n° iscrizione OCF
con esame SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Società:
Dipendente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PF <input type="checkbox"/> Manager <input type="checkbox"/> Capoarea <input type="checkbox"/>
in quanto iscritto alla FABI chiede di essere iscritto <b>gratuitamente</b> ad ASSONOVA Associazione Consulenti Finanziari, e dichiara di conoscerne ed accettarne lo Statuto. Il/La sottoscritto/a, in base a quanto disposto dal Dlgs. 196/2003, esprime il pieno consenso a che il contenuto del presente modulo, in quanto dato sensibile, sia oggetto di trattamento da parte di ASSONOVA e della FABI in tutte le sue articolazioni associative ed extra-associative, e società esterne di servizi e/o fornitori ad esse collegate/i.
data
firma

**(ritagliare e inviare ad Associazione ASSONOVA)**

