



**QUOTA DI ISCRIZIONE FORFETTARIA ANNUALE € 100,00 (ANNO SOLARE)**  
 PER ISCRIZIONI IN CORSO D'ANNO: 3 MESI € 25,00 - 6 MESI € 50,00 - 9 MESI € 75,00

**MODULO DI ISCRIZIONE CONSULENTI FINANZIARI**

II/La sottoscritto/a
Cod.Fisc./P.IVA
e-mail
indirizzo
tel.abitaz.
tel.cell.
n° iscrizione OCF
data iscrizione OCF
abilitato con esame    SI        NO
con mandato            SI        NO
Società:
Qualifica: CF            Manager        Capoarea

(barrare le caselle che interessano)

chiede di essere iscritto a Ass. Centro Servizi Fabi Lecco e dichiara di conoscerne ed accettarne lo Statuto. II/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 Centro Servizi Fabi Lecco in tutte le sue articolazioni associative, extra-associative e società esterne di servizi e/o fornitori ad esso collegate/i.

**data** **firma**

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

II/La sottoscritto/a allega copia del bonifico disposto presso Unicredit Banca di Lecco a favore Associazione Centro Servizi Fabi Lecco  
 IBAN: IT 24 C 02008 22900 000004877807

allega assegno bancario/circolare n.....  
 emesso da..... di € ..... intestato a  
 Centro Servizi Fabi Lecco a titolo di versamento della quota associativa per l'anno .....

**data** **firma**



III/La sottoscritto/a:
Cod.fisc:o P.IVA:
indirizzo:
tel.abitazione:
n° iscrizione OCF
con esame            SI        NO
Società:
Dipendente            SI        NO            PF        Manager        Capoarea
in quanto iscritto alla Associazione Centro Servizi Fabi Lecco dichiara di conoscerne ed accettare lo Statuto.
II/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 Ass. Centro Servizi Fabi Lecco 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 Centro Servizi Fabi Lecco)**

