

RINNOVO ASSOCIATIVO 2019

DICHIARAZIONE RATEIZZAZIONE VERSAMENTO QUOTA ASSOCIATIVA

Io sottoscritto

COGNOME E NOME _____

COLLEGIO PROVINCIALE _____ COD. ASSOCIATO FIAIP _____

DICHIARO

di optare, **per il rinnovo associativo 2019**, per il versamento rateizzato, come segue:

Opzione	N. Rate	Importo Rateo	Scadenze
<input type="checkbox"/>	5	€ 60,00	30/11/2018 - 31/12/2018 - 31/01/2019 - 28/02/2019 - 31/03/2019
<input type="checkbox"/>	4	€ 75,00	31/12/2018 - 31/01/2019 - 28/02/2019 - 31/03/2019
<input type="checkbox"/>	3	€ 100,00	31/01/2019 - 28/02/2019 - 31/03/2019
<input type="checkbox"/>	2	€ 150,00	31/01/2019 - 31/03/2019

che mi impegno a versare, inderogabilmente entro e non oltre il 31/03/2019, a mezzo bonifico bancario sul conto corrente nazionale federativo IBAN IT 65 N 05034 03210 000000000511.

Dichiaro e riconosco che, decorso tale termine, qualora non sia stato da me versato l'importo di euro 300,00 la Federazione applicherà le norme statutariamente previste ed avrà diritto a trattenere le somme versate, a titolo di acconto, che non saranno rimborsate.

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Sede Nazionale: Piazzale Flaminio, 9 - 00196 Roma
tel. 06.45.23.181 - fax 06.45.23.18.20 - segreteria nazionale@fiaipmail.it - www.fiaip.it

Professionisti di professione

associato anno
2019