Comunicazione/variazione conto corrente bancario

Alla C.a. Azienda sanitaria Friuli Occidentale -ASFO
SOC Assistenza Farmaceutica
Via della vecchia ceramica, 1
33170 Pordenone
PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Il/la sottoscritto/a Sig. _____

(barrare la voce che interessa)

☐ Titolare/Legale rappresentante della farmacia_____CRF _____

☐ Legale rappresentante dell'esercizio commerciale_____

Con sede in Via/Viale/Piazza _____

CAP _____ Comune_____

COMUNICA

che a far data dal **____/____/20___** i pagamenti dovranno essere effettuati nel seguente conto corrente:

NOME BANCA _____

FILIALE/AGENZIA DI_____

INDIRIZZO _____

CAP_____ COMUNE_____

IBAN

PAESE				CIN	ABI					CAB					NUMERO DI CONTO											

Data _____

Firma

_____