

VARIAZIONE C/C BANCARIO/POSTALE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

DR. COD. REG.

COD. FISC.....

MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

COMUNICA

LA VARIAZIONE DEL C/C:

- Bancario
- Postale

CHE DOVRÁ ESSERE UTILIZZATA PER L'ACCREDITO DEI PROPRI COMPENSI

A FAR DATA DAL

BANCA / POSTA.....

FILIALE:

INDIRIZZO:.....

COD. NAZ. (2 lettere)	CHEK (2 cifre)	CIN 1 lettera	ABI (5 cifre)	CAB (5 cifre)	CONTO CORRENTE (12 caratteri)

Piacenza,

 Firma e Timbro