

**ALL' ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO**

info@ordinemedicibenevento.it

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

il rilascio del codice IUV identificativo per il pagamento della tassa di prima iscrizione e tassa per l'anno in corso.

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____;

- codice fiscale _____;

- di essere residente a _____ prov. _____ cap. _____;

- cell. _____

Data _____

FIRMA _____