

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

info@ordinemedicibenevento.it

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di rappresentante legale della società tra professionisti

denominata" _____

_____ " C.F. _____

P.I. _____ con sede legale in _____

Via _____ n. _____

Cap _____ telefono _____

e-mail _____ Pec _____

CHIEDO

il rilascio del codice IUV identificativo per il pagamento della tassa di iscrizione STP

DICHIARA

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

- codice fiscale _____ ;

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

-e-mail _____ PEC _____ ;

-Cell. _____

Data

FIRMA