modalità di pagamento del contributo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il sottoscritto |       |  in qualità di legale rappresentante |

*(nome e cognome)*

|  |  |
| --- | --- |
| dell’incubatore certificato |       |

*(denominazione come risultante da certificato della CCIAA)*

|  |  |
| --- | --- |
| con sede legale in |       |

*(via e n. civico, CAP, Comune, Provincia)*

|  |  |
| --- | --- |
| codice fiscale |       |

indica di seguito gli estremi bancari per l’accreditamento del contributo:

conto corrente aperto presso

agenzia       indirizzo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| codice IBAN |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

PAESE CIN EU CIN IT ABI CAB N. CONTO CORRENTE

intestato a

Dichiara altresì di esonerare codesta Amministrazione regionale, nonché la Tesoreria regionale, da ogni responsabilità per errori in cui le medesime possano incorrere in conseguenza di inesatte indicazioni contenute nella presente comunicazione e per effetto di mancata comunicazione delle variazioni che dovessero intervenire successivamente.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data       |  |