Modulo richiesta convenzione da inviare via fax allo 02 26904 511

CODICE AFFILIATO

_____

SOLO PER CHI È GIÀ CONVENZIONATO

DATI SOCIETARI

Ragione Sociale: _____

Cod. Fiscale: _____ P. IVA: _____

Indirizzo: _____ Civico: _____

Cap:_____ Località: _____ Prov.: _____

Telefono ufficio: _____ Fax ufficio: _____

Cellulare: _____ *E-mail: _____

*Il sottoscritto, preso atto dell'informativa rilasciata ai sensi dell'art.13 D.lgs 196/03, autorizza Edenred Italia Srl sul trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa secondo le finalità e le modalità indicate nell'informativa stessa

DATI LOCALE

Insegna: _____

Interlocutore: _____

Indirizzo: _____ Civico: _____

Cap: _____ Città:_____ Prov: _____

Telefono locale: _____ Fax locale: _____

Giorno di chiusura: _____ Tipologia locale: _____

Farmacia |__| Cartoleria |__| Lavanderia |__| Abbigliamento |__| Calzature |__| Gastronomia |__| Alimentari |__|

Supermercati |__| Altro (specificare) |_____|

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO IN CONTO CORRENTE

Istituto di credito: _____

AG. N°: _____ Località: _____

Intestatario del conto _____

IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CIN: |_| ABI |__|__|__|__|__| CAB |__|__|__|__|__| C/C |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

TIMBRO DEL LOCALE

In fede_____