



ISO 9001:2015
Certificato Qualità
IT272909

fondazionemosos@pec.it



ITS - Fondazione "Mo.So.S."
www.fondazionemosos.it

Codice Univoco Destinatario: W7YVJK9



ISO 29990:2011
Certificato Qualità
IT280319

Mod. A08 Rev. 05 del 09.09.2019

Richiesta di pagamento compenso prestazione collaboratore

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ CAP _____ Via _____

E-Mail _____ Tel _____ Codice fiscale _____

richiede la liquidazione del compenso secondo l'importo concordato:

Oggetto della prestazione: _____

effettuata dal _____ al _____ contratto Prot. n. _____ del _____

UFC _____ ore svolte _____ Importo **LORDO**: € _____

Corso _____ **Periodo Formativo** _____

Modalità di pagamento:

Accredito in c/c bancario o postale

Banca _____

Agenzia/Filiale _____

COD. NAZIONE 2 lettere	Check CIN 2 cifre	CIN 1 lettera	ABI 5 cifre	CAB 5 cifre	Nr. Conto Corrente 12 caratteri alfanumerici senza barre, spazi, punti e con eventuali zeri riempitivi a sinistra

(Le eventuali spese e/o commissioni sono a carico del beneficiario)

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cagliari, _____

Firma del richiedente
