



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Oggetto: Richiesta accredito competenze.

Il / La sottoscritto/a _____

nato / a _____ il _____

chiede che le competenze spettanti vengano liquidate tramite accredito presso:

l'Istituto di Credito _____
filiale di _____

ovvero :

Poste Italiane
filiale di _____

sul conto a Lui / Lei intestato con le seguenti coordinate :

CODICE IBAN (riempire tutti gli spazi)

□□	□□	□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□
----	----	---	--------	--------	------------------

Sigla Int.
(lett.)

Cod.contr.
(num.)

CIN
(lett.)

ABI
(num.)

CAB
(num.)

codice conto corrente

luogo e data _____

firma _____