

## RINNOVO ASSOCIATIVO 2017

### DICHIARAZIONE RATEIZZAZIONE VERSAMENTO QUOTA ASSOCIATIVA

Io sottoscritto

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

COLLEGIO PROVINCIALE \_\_\_\_\_ COD. ASSOCIATO FIAIP \_\_\_\_\_

#### DICHIARO

di optare, per il rinnovo associativo 2017, per il versamento rateizzato, come segue:

Opzione	N. Rate	Importo Rata	Scadenze
<input type="checkbox"/>	5	€ 60,00	30/11/16 - 31/12/16 - 30/01/17 - 28/02/17 - 31/03/17
<input type="checkbox"/>	4	€ 75,00	31/12/16 - 31/01/16 - 28/02/17 - 31/03/17
<input type="checkbox"/>	3	€ 100,00	31/01/17 - 28/02/17 - 31/03/17
<input type="checkbox"/>	2	€ 150,00	31/01/17 - 31/03/17

che mi impegno a versare, inderogabilmente entro e non oltre il 31/03/2017, a mezzo bonifico bancario sul conto corrente nazionale federativo IBAN IT 65 N 05034 03210 000000000511.

Dichiaro e riconosco che, decorso tale termine, qualora non sia stato da me versato l'importo di euro 300,00 la Federazione applicherà le norme statutariamente previste ed avrà diritto a trattenere le somme versate, a titolo di acconto, che non saranno rimborsate.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_