Modulo di adesione da inviare via mail a dotescuola.network@edenred.com

CODICE AFFILIATO

_____

SOLO PER CHI È GIÀ CONVENZIONATO

DATI SOCIETARI

SERVIZIO: **TICKET SERVICE – progetto COVID 19**

Ragione Sociale: _____

Cod. Fiscale: _____ P. IVA: _____

Indirizzo: _____ Civico: _____

Cap:_____ Località: _____ Prov.: ____

Telefono ufficio: _____ Fax ufficio: _____Cellulare: _____

***E-mail:** _____

DATI PUNTO di SERIVZIO

Denominazione:_____

Interlocutore: _____

Indirizzo: _____ Civico: _____

Cap: _____ Città:_____ Prov: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Settore merceologico: _____

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO IN CONTO CORRENTE

Istituto di credito: _____

AG. N°: _____ Località: _____

Intestatario del conto _____

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

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

Condizioni economiche previste

Costo per l'attivazione della convenzione**: gratuito**
Costo per la gestione dei pagamenti: **compartecipazione pari allo |0| % dei buoni effettivamente rimborsati, oltre IVA ordinaria.**
La commissione sarà fatturata da Edenred e trattenuta alla fonte.

TIMBRO e FIRMA