

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ in via/loc. _____

Codice fiscale tel/cell _____

In qualità di:

- Beneficiario del voucher Home Care Premium 2014**
- Responsabile/dante causa del Piano "Home Care premium 2014"**

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

del contributo per le prestazioni integrative

sotto la propria responsabilità, e sollevando fin d'ora l'Unione dei Comuni del Sarrabus da ogni e qualsiasi
responsabilità in merito

Il Soggetto erogatore _____

con sede legale (Comune) _____ P. IVA _____

_____ Rappresentante legale _____ e-

mail/Pec _____ Tel. _____

Con le seguenti modalità:

- rimessa diretta;
- con accredito su c/c bancario/postale _____ IBAN _____

Firma del delegato

Firma del delegante

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEI FIRMATARI