

DOMANDA DI REGISTRAZIONE DI MARCHIO D'IMPRESA

N° _____



FOGLIO AGGIUNTIVO TIPO 4

4. RICHIEDENTE

PERSONA FISICA

Codice fiscale***

Cognome*

Comune e prov. di nascita

Comune e prov. di residenza**

Indirizzo**

Telefono

Email o CECPAC

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Nome*

Nazione di nascita

Nazione di residenza*

Civico** CAP**

Fax

PEC

Codice fiscale***

Cognome*

Comune e prov. di nascita

Comune e prov. di residenza**

Indirizzo**

Telefono

Email o CECPAC

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Nome*

Nazione di nascita

Nazione di residenza*

Civico** CAP**

Fax

PEC

PERSONA GIURIDICA

C.F o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/ filiale**

Indirizzo**

Telefono

Email o CECPAC

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Nazione sede/filiale*

Civico** CAP**

Fax

PEC

C.F o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/ filiale**

Indirizzo**

Telefono

Email o CECPAC

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Nazione sede/filiale*

Civico** CAP**

Fax

PEC

* Campi obbligatori.

** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti residenti o con sede legale in uno Stato dell'Unione europea.

*** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti in possesso di codice fiscale o partita iva rilasciati da un Ente italiano.

FIRMA DEL RICHIEDENTE