CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
Associazione di Diritto Privato
Via Mantova, 1
00198 - Roma
C.F. 80021670585

DOMANDA DI RIMBORSO DEL CONTRIBUTO SOGGETTIVO VERSATO E NON DOVUTO

D.M. 25/05/2001

L'Ente Locale _____

Via _____ , n. _____ , c.a.p. _____ (prov. _____),

codice fiscale ENTE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| , Ufficio

_____, Referente Sig./Sig.ra _____,

tel. _____ email _____ PEC _____

CHIEDE

- ai sensi dell'art. 2033 del Codice Civile il rimborso dei contributi versati, e non dovuti, a favore del/della Dott./Dott.ssa (nome e cognome) _____ ,

  nat a _____ (prov. _____) il |_|_|/|_|_|/|_|_|

  codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| , per gli anni di seguito indicati:

Anno	Contributo soggettivo minimo versato (D.M. 25/05/2001)
	€
	€

- che la CNPADC effettui il rimborso delle suddette somme mediante accreditamento in c/c bancario n. _____ presso _____ ,

  intestato all'Ente medesimo

  codice IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

  e codice BIC/SWIFT: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (se il conto è estero).

Data _____ Timbro e Firma _____

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato alla CNPADC tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1, 00198

Conforme al modello originale - www.cnpadc.it
STUDIO 74 - www.studio74.it