

SCHEDA ANAGRAFICA FORNITORI

DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE: _____

Legale rappresentante: _____

CODICE FISCALE: _____ **PARTITA IVA:** _____

SEDE LEGALE:

Via _____ n. _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

SEDE OPERATIVA (se diversa dalla sede legale):

Via _____ n. _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

TELEFONO: _____ **FAX:** _____ **email:** _____

N° matricola INPS: _____ **sede INPS:** _____

N° posizione assicurativa territoriale (PAT) INAIL: _____

CCNL applicato: _____ **N° dipendenti:** _____

COORDINATE BANCARIE:

Banca: _____

Indirizzo: _____

ABI: _____ CAB: _____ N° Conto: _____ CIN: _____

IBAN: _____

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgvo n. 196/2003.

Data: _____

Firma del legale rappresentante:
