

RINNOVO ASSOCIATIVO 2024

DICHIARAZIONE RATEIZZAZIONE VERSAMENTO QUOTA ASSOCIATIVA

Io sottoscritto

COGNOME E NOME _____

COLLEGIO PROVINCIALE _____ COD. ASSOCIATO FIAIP _____

DICHIARO

di optare, **per il rinnovo associativo**, per il versamento rateizzato, come segue:

| Opzione | N. Rate | Importo Rateo | Scadenze |
|--------------------------|---------|---------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 5 | € 60,00 | 30/11/2023 - 31/12/2023 - 31/01/2024 - 29/02/2024 - 31/03/2024 |
| <input type="checkbox"/> | 4 | € 75,00 | 31/12/2023 - 31/01/2024 - 29/02/2024 - 31/03/2024 |
| <input type="checkbox"/> | 3 | € 100,00 | 31/01/2024 - 29/02/2024 - 31/03/2024 |
| <input type="checkbox"/> | 2 | € 150,00 | 31/01/2024 - 31/03/2024 |

che mi impegno a versare, inderogabilmente entro e non oltre il 31/03/2024, a mezzo bonifico bancario sul conto corrente nazionale federativo IBAN IT 65 N 05034 03210 000000000511 alle date prescelte senza attendere conferma.

Dichiaro e riconosco che, decorso tale termine, qualora non sia stato da me versato l'importo di € 300,00 la Federazione applicherà le norme statutariamente previste ed avrà diritto a trattenere le somme versate, a titolo di acconto, che non saranno rimborsate.

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Sede Nazionale: Via Sardegna, 50 - 00187 Roma
tel. 06.45.23.181 - fax 06.45.23.18.20 - segreteria nazionale@fiaipmail.it - www.fiaip.it

Professionisti di professione

associato anno
2024