Cassa Dottori Commercialisti

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 posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo servizio.supporto@pec.cnpadc.it o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, via Mantova 1, 00198.

vers.agg. 03/01/2017