

**MODULO RICHIESTA
CODICE CLIENTE
Società accreditate con S.S.N.**

Spett.le Fondazione E.N.P.A.M.
SERVIZIO CONTRIBUTI E ATTIVITÀ ISPIETTIVA
Via Torino, 38
00184 - ROMA

Il/la sottoscritto/a
Dott./Dott.ssa

Cognome

Nome

in qualità di legale rappresentante della Società _____,

accreditata dal ___/___/___ con l'Azienda Sanitaria N° _____ di _____,

partita I.V.A.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

indirizzo _____,

c.a.p. _____ comune _____, provincia _____,

CHIEDE

l'assegnazione del codice cliente al fine di semplificare la procedura del versamento del contributo previdenziale previsto dall'art. 1, co. 39, della legge 23 agosto 2004, n. 243.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

TIMBRO E FIRMA