

**MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE AL NETWORK REVICONT**

Il sottoscritto .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... CAP .....

Via ..... N .....

Cod.Fiscale/P.IVA ..... Tel. ....

Fax ..... Indirizzo e-mail: .....

**Commercialista**

**Revisore contabile**

**Consulente del lavoro**

**Avvocato**

**Tributarista**

iscritto ..... al nr. .... del .....

con studio in .....

**(nel caso di studio associato, indicare):**

denominazione dello studio .....

indirizzo.....

**Eventuale referente:** *(dati anagrafici e professione)* .....

.....

**Riferimento a specifiche convenzioni<sup>(1)</sup>** *(indicare quale)* .....

**Preso atto del “regolamento”**

## CHIEDE

L'iscrizione al Network Revicont.

- *allega curriculum*

### Modalità di pagamento quota <sup>(2)</sup>

Assegno     Bonifico su C/C bancario

*(il pagamento dovrà essere effettuato solo dopo aver ricevuto la comunicazione di avvenuta ammissione al network) <sup>(3)</sup>*

Luogo e data .....

Firma \_\_\_\_\_

Dati per la Fatturazione: .....

Via.....N. ....

CAP. .... C.FISCALE/P.IVA: .....

### D.Lgs. 196/2003 art. 13 – INFORMATIVA SULLA TUTELA DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si informa che i Vs dati Anagrafici sono inseriti nel registro anagrafico del network Revicont; gli stessi potranno essere trattati in formato cartaceo ed elettronico secondo quanto previsto dalla normativa vigente. L'assenza di vostre disposizioni contrarie equivale a benestare.

Firma \_\_\_\_\_

La presente richiesta potrà essere inviata a mezzo fax al nr. 0985/849294 – 06/44252680 oppure tramite e\_mail al seguente indirizzo:  
[info@revicont.it](mailto:info@revicont.it)

#### NOTE

*(1) Per gli aderenti a specifiche convenzioni saranno applicate le condizioni e le discipline previste nelle singole convenzioni.*

*(2) L'iscrizione al network si perfezionerà solo dopo il riscontro dell'avvenuto pagamento della quota.*

*(3) L'accettazione sarà comunicata mediante e\_mail e fax agli indirizzi indicati nella presente richiesta.*