

MODULO PER PAGAMENTO CONTRIBUTO DA PARTE DI AZIENDA/ENTE

Con la presente l'Azienda/Ente (Ragione Sociale)

Partita IVA: ----- Codice Fiscale: -----

Indirizzo sede legale: -----

Città: ----- Provincia: ----- CAP: -----

Tel: ----- Fax: -----

Indirizzo e-mail: -----

Indirizzo e-mail PEC: -----

Referente amministrativo: -----

DICHIARA

di effettuare il pagamento dei contributi di iscrizione al master di ---- liv in -----
a.a. ----/-----

per l'iscrizione dei dipendenti sotto riportati:

dott./dott.ssa -----

nato/a.a, ----- il -----

C.F. -----

per un importo complessivo di euro _____ DA PAGARE in un'unica soluzione all'atto dell'immatricolazione:

- in caso di ENTI / AZIENDE PRIVATI mediante PROCEDURA PAGO PA
- in caso di ENTI PUBBLICI: sul cc di Tesoreria Unica c/o Banca d'Italia, Tesoreria dello Stato per la provincia di Parma – Piazza Cavour, 6 – 40124 Bologna IBAN IT23Y0100004306TU0000013221

(luogo)

_____/_____/_____
(data)

(firma e timbro dell'Azienda/Ente)

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016).