UNIONE DEI COMUNI DEL SARRABUS
UFFICIO DI PIANO
AMBITO SARRABUS GERREI

MODELLO B

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ in via/loc._____

Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ tel/cell_____

In qualità di:

□ **Beneficiario del voucher Home Care Premium 2017**

□ **Responsabile/dante causa del Piano "Home Care premium 2017"**

DELEGA ALLA RISCOSSIONE
del contributo per le prestazioni integrative
sotto la propria responsabilità, e sollevando fin d'ora l'Unione dei Comuni del Sarrabus da ogni e qualsiasi responsabilità in merito

Il Soggetto erogatore _____ _____
con sede legale (Comune) _____ _____ P. IVA _____ Rappresentante legale _____ e-mail/Pec _____ Tel. _____

Con le seguenti modalità:

- rimessa diretta;
- con accredito su c/c bancario/postale _____ IBAN _____.

Firma del delegato

_____

Firma del delegante

_____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'IN CORSO DI VALIDITA' DEI FIRMATARI