

€ sul C/C n. 9 2 9 9 3 5 6 7 di Euro

IMPORTO IN LETTERE _____

INTESTATO

ASSOC. FSHD DISTROFIA MUSCOLARE FACIO SCAPOLO OMERALE

CAUSALE

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE

ESEGUITO

VIA - PIAZZA

CAP

LOCALITA'

BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE

€ sul C/C n. 9 2 9 9 3 5 6 7 di Euro

TD 123

IMPORTO IN LETTERE _____

INTESTATO A

A S S O C I A Z I O N E / F S H D / D I S T R O F I A / F A C I O /
S C A P O L O / O M E R A L E

CAUSALE

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE

ESEGUITO DA

VIA - PIAZZA

CAP

LOCALITA'

BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE
codice bancoposta

IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE
importo in euro numero conto tipo documento

000092993567 < 451 >

COMPILARE TUTTE LE PARTI DEL BOLLETTINO POSTALE

LA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE E' DI €50,00

COMPILARE TUTTE LE PARTI DEL BOLLETTINO POSTALE

LA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE E' DI €50,00