

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE _____

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO BANCARIO

SCHEDA PER PERSONALE CON CONTO CORRENTE IN ESSERE

MATRICOLA: _____

COGNOME: _____

NOME: _____

Nato/a IL : _____ A: _____

RESIDENZA: _____

BANCA: _____

AGENZIA: _____

COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (IBAN)

Coordinate Bancarie Nazionali(BBAN)

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Codice BIC: _____

DATA:...../...../.....

Firma per esteso