

MODELLO DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____
codice fiscale _____ in qualità di Legale Rappresentante
dell'OMCeO _____, con sede legale in
via _____, telefono n° _____
_____, pec/mail _____, codice
fiscale _____, per la quale assume piena responsabilità

DELEGA

la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), Via
Ferdinando di Savoia, 1 – 00196 Roma, Codice Fiscale 02340010582, a trasmettere, in nome e per
conto dell'OMCeO di _____, all'anagrafe tributaria le informazioni
per ottemperare al DPR n. 605 del 1973.

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'