



Ente Bilaterale del Terziario di Palermo - Trapani

DENOMINAZIONE COMMERCIALE AZIENDA	
Settore di appartenenza	
Ragione Sociale	
Rappresentante legale	
Indirizzo sede legale (via, cap e città)	
P.Iva/Codice Fiscale	
Matricola INPS	
Telefono/Fax	
E-mail	
N° dipendenti	
CONSULENTE DEL LAVORO	
Tel./Fax. Consulente del Lavoro	
Indirizzo Consulente del Lavoro (via, cap e città)	
E- mail Consulente del Lavoro	
Tipo di pagamento	<input type="checkbox"/> F24 Codice: EBCM Sezione INPS 5500 per chi versa da Palermo <input type="checkbox"/> F24 Codice: EBCM Sezione INPS 8200 per chi versa da Trapani <input type="checkbox"/> Bonifico Bancario IBAN: IT34Z0306909606100000127823
Frequenza di pagamento	<input type="checkbox"/> mensile <input type="checkbox"/> trimestrale <input type="checkbox"/> _____

Timbro e firma del responsabile

N.B: il presente modulo va restituito all'Ente anche tramite Fax o E-Mail, completo in ogni sua parte.

La sottoscritta azienda interessata al trattamento dei dati personali, acquisite le informazioni fornite da EBT, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, nonché dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, relativamente al trattamento per i fini indicati nell'informativa allegata

Dà il consenso

Nega il consenso

Firma del responsabile