Spett.le
ICFP
Istituto di Certificazione delle Figure della Prevenzione
Via G.B. Morgagni, 32
20129 Milano

Tel: 02.20240956 Fax: 02.20241784

OGGETTO: dati per la fatturazione delle quote ICFP

Il/La sottoscritto/a ……

Certficato ICFP n° ……. In qualità di ……

Chiedo che le quote di iscrizione ICFP vengano fatturate come segue:

COGNOME E NOME /AZIENDA/ENTE

……

INDIRIZZO …….

Cap……. Comune ……Prov …….

Codice Fiscale …….

Partita IVA …….

data …….. Firma