



FEDERAZIONE PUGILISTICA ITALIANA
VIALE TIZIANO, 70 - 00196
tel. 06.36858704 - fax. 06.36858120

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____ Cap _____

tel. _____ cell. _____ C.F. _____

in riferimento all'incarico conferitomi di _____

RICHIESTE per le prestazioni suddette:

COMPENSO € _____

RITENUTA DEL 20 % € _____

RITENUTA PREVIDENZIALE € _____

NETTO A PAGARE € _____

Luogo e data _____

Firma _____

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di non essere un soggetto passivo ai fini I.V.A. e che l'importo sopra indicato riguarda una collaborazione occasionale (art.67 lettera e DPR 917/86) pertanto non soggetta ad imposta sul valore aggiunto - art.5 DPR. 633/72.

Firma _____

Si prega che il suddetto importo venga erogato a mezzo (barrare la casella che interessa)

Invio assegno circolare

Bonifico bancario IBAN _____

Beneficiario _____

COMITATO REGIONALE _____ VISTO PRESIDENTE REGIONALE _____