

## MODULO PER PAGAMENTI FORNITORI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ chiede che il pagamento  
di €. \_\_\_\_\_ relativo a \_\_\_\_\_

---

venga effettuato tramite:

ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE

ACCREDITO SU C/C BANCARIO

Cordinate bancarie

BANCA \_\_\_\_\_ AGENZIA \_\_\_\_\_

ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_

C/C \_\_\_\_\_

ACCREDITO SU C/C POSTALE

Cordinate bancarie

UFFICIO POSTALE DI \_\_\_\_\_

ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

C/C \_\_\_\_\_