Modalità di consegna:
Pec: aas2.protgen@certsanita.fvg.it;
A mano presso l'ufficio Protocollo dell'AAS2: Gorizia – Parco Basaglia - Palazzina C - Primo Piano;
Raccomandata AR

Spett.le AAS2 Bassa Friulana-Isontina
SC Farmacia Unica Aziendale
SS Area Farmaceutica Territoriale
Via Vittorio Veneto 173
34170 GORIZIA
PEC: aas2.protgen@certsanita.fvg.it

COMUNICAZIONE PER LA VARIAZIONE DELLE COORDINATE BANCARIE

Il sottoscritto/a …… ……..nato/a il ……a ……
Codice Fiscale: ……residente in……
Provincia…….CAP……..Via/Piazza……..……n°……
in qualità di:

☐ Titolare individuale della Farmacia (codice regionale n……..):
_____

☐ Legale rappresentate della Società di Farmacia (codice regionale n……..):
_____

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000;
- informato che i dati resi sono prescritti dalle disposizioni vigenti per il procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente al fine di verificare la corrispondenza tra il codice IBAN e la titolarità del conto corrente;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

a) che per il pagamento della Distinta Contabile Riepilogativa e delle fatture viene indicata la seguente modalità: Bonifico bancario sul conto corrente intestato a:

……..

CODICE IBAN:

BANCA……..

Agenzia/Filiale di …….....

b) che il codice IBAN sopra indicato identifica il rapporto corrispondente con il proprio Istituto di Credito;
c) di essere consapevole che l'ordine di pagamento da parte dell'AAS2 si ritiene eseguito correttamente per quanto riguarda il beneficiario identificato dal codice IBAN sopra riportato;
d) di comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati sopra rappresentati, fornendo, contestualmente, l'aggiornata certificazione rilasciata dall'Istituto di credito

Si allega fotocopia:
- del documento d'identità, in corso di validità
- della dichiarazione dell'Istituto di credito

Firma del dichiarante

Data_____

_____