

€ sul C/C n. 0 0 0 0 1 5 1 3 4 8 5 1 Euro 5 5 , 0 0

importo in lettere **cinquantacinque/00**

INTESTATO A :

**ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE**

CAUSALE :

QUOTA 2021 - COGNOME **NOME**
DATA DI NASCITA **N. ISCR**

ESEGUITO DA :

VIA - PIAZZA

CAP

LOCALITA

BOLLO DELL'UFF. POSTALE

€ sul C/C n. 0 0 0 0 1 5 1 3 4 8 5 1 di Euro 5 5 , 0 0

TD 1 2 3 **cinquantacinque/00**

INTESTATO A:

importo in lettere

**ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE**

CAUSALE :

QUOTA 2021 - COGNOME **NOME**
DATA DI NASCITA **N. ISCR**

ESEGUITO DA:

VIA - PIAZZA

CAP

LOCALITA

BOLLO DELL'UFF. POSTALE
codice bancoposta

IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE

importo in eu o

numero conto

tipo documento