

## MODULO DI ISCRIZIONE

ANNO 2024 – 2025

*(da restituire debitamente compilato alla Segreteria dell'Ordine sotto indicata, unitamente alla copia del pagamento tramite bonifico bancario)*

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

COD. FISC. \_\_\_\_\_ PARTITA IVA \_\_\_\_\_

CODICE UNIVOCO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

PROV \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

C/O STUDIO \_\_\_\_\_

TEL UFFICIO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL STUDIO \_\_\_\_\_

LAUREA IN \_\_\_\_\_ SOSTENUTA PRESSO L'UNIVERSITA' \_\_\_\_\_

Iscritto al Registro tirocinio dell'Ordine di \_\_\_\_\_

La quota di iscrizione ammonta ad **Euro 800,00** (più I.V.A.)

### MODALITA' DI PAGAMENTO:

in un'unica soluzione al momento dell'iscrizione

tramite **Bonifico bancario** intestato alla:

**Associazione dei Dottori Commercialisti di Varese**

presso la: **Banca Popolare di Milano - ag. 181 Varese**

c/c n. **48536** ABI **05034** CAB **10805**

IBAN **IT 80 C 05034 10805 000000048536**

Pagamento effettuato dallo studio professionale  SI  NO

Se il pagamento è effettuato dallo Studio Professionale si prega di indirizzare la fattura a:

STUDIO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE - P.IVA \_\_\_\_\_ CODICE UNIVOCO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### PER INFORMAZIONI:

**Ordine dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili**

P.za Monte Grappa, 4 – 21100 VARESE

Tel 0332 285573 Fax 0332 326343

e-mail: [segreteria@odcecva.it](mailto:segreteria@odcecva.it)