

# MODULO DI ISCRIZIONE

## ANNO 2026

*(da restituire debitamente compilato alla Segreteria dell'Ordine unitamente alla copia del bonifico)*

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)