

Anno codice

APS ODV SOC. DI MUTUO SOCCORSO CIRCOLO ALTRI ETS

Ragione Sociale:

Sede Legale: Indirizzo.....N°..... Città: Cap: Pr:.....

Tel: Email:Cod, Fisc/ P. IVA.....

Consiglio Direttivo - Legale Rappresentante:

Nome..... Cognome..... Nato il.....

Nato a: Pr: Cod, Fisc

Residenza:N°..... Città: Pr: Cap:

Tel./Cell. Email:

Vice-Presidente: Nome..... Cognome.....

Nato il.....Codice Fiscale.....

Residenza:N°..... Città: Pr: Cap:

Consigliere: Nome.....Cognome.....

Nato il.....Codice Fiscale.....

Residenza:N°..... Città: Pr: Cap:

Attività Prevalenti / Specializzazioni

.....

Attività/Finalità statutarie.....

RICHIESTA NULLA OSTA SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE

RICHIESTA ISCRIZIONE REGISTRO UNICO NAZIONALE TERZO SETTORE (RUNTS)

GIÀ ISCRITTA REGISTRO APS/ODV: REGIONALE NAZIONALE

Data di Costituzione:

Tipologia: ANR(senza personalità giuridica) ASR(con personalità giuridica) Soc. di capitali e Cooperative

Registrato all'Ag. delle Entrate di: Comune: Pr: Num: Data:

Atto Pubblico: Nome Notaio Cognome Notaio

Distretto Notaio Num, Rep. Notarile Num. Reg. Persone Giuridiche.....

Visto Ente Affiliante

TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE