



SCF

Associazione delle Società di Consulenza Finanziaria Indipendente

SOCIETÀ

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ: _____ SIGLA PROV.: _____ CAP: _____

CODICE FISCALE _____

PARTITA IVA _____

E-MAIL _____

TELEFONO: _____ CELLULARE: _____ FAX: _____

SITO WEB _____

DATI LEGALE RAPPRESENTANTE

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA: _____

CODICE FISCALE _____

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA

DA INVIARE ASSIEME AL PRESENTE MODULO

DA ALLEGARE

- copia documento di identità

DA ALLEGARE

- atto costitutivo e visura camerale della società

BARRARE

DICHIARO CHE LA SOCIETÀ CHE RAPPRESENTO È ISCRITTA ALL'ALBO UNICO NELLA SEZIONE SCF CON DELIBERA N° _____ DEL _____

BARRARE

ACCETTO LO STATUTO E IL CODICE ETICO ASSOSCF
Conferendo delega esclusiva all'associazione medesima per la rappresentatività nei rapporti con OCF come previsto dall'articolo 5 dello Statuto stesso.

data _____

firma richiedente _____

Il Consiglio Direttivo AssoSCF valuterà la richiesta e si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione eventualmente ritenuta necessaria all'iscrizione.
AssoSCF comunicherà l'accettazione della richiesta tramite E-mail.