

SCHEDA RICHIESTA DI ADESIONE PER IMPRESE

Impresa/Struttura

ID Provider ECM Provider standard Provider provvisorio

Indirizzo

CAP Città Prov.

P. IVA Cod. fiscale

Pec Codice Univoco

Telefono Fax

e-mail sito web

e-mail invio newsletter

Data costituzione N° iscrizione CCIAA n° dipendenti

Breve descrizione oggetto sociale codice ATECO

Legale rappresentante

Tel./Cell. Legale rapp. e-mail Legale rapp.

DATI FISCALI - da compilare se diversi da quelli sopra indicati

Ragione sociale

Indirizzo

CAP Città Prov.

P. IVA Cod. fiscale

Pec Codice Univoco

Telefono Fax

e-mail

In qualità di legale rappresentante dell'impresa sopra indicata chiedo che la stessa venga ammessa come socio di ECM Quality Network e dichiaro di accettare integralmente lo Statuto.

Data __/__/----

Firma per accettazione