

Spett.le
Istituto Diocesano Sostentamento Clero
Via Dietro Duomo 16
35139 PADOVA PD
FAX 049 664530

OGGETTO: **COORDINATE BANCARIE**

Il sottoscritto sacerdote:

_____ (cognome e nome)

chiede a codesto Istituto che le integrazioni spettantegli ai sensi degli artt. 24 e 34 della legge 222/1985 vengano accreditate utilizzando i dati bancari di seguito indicati:

Denominazione Banca: _____

Paese Check Cin Abi Cab C/c

IT _____

Distinti saluti.

Data: _____

Firma: _____

Parte riservata all'Ufficio sacerdoti

Data registrazione: _____

Data trasmissione a I.C.S.C.: _____