



MODULO A

(Compilare in stampatello maiuscolo)

Il/la Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Il _____ (gg/mm/aa)

CF: _____

Residente/ Domicilio Studio : _____

Desidera far parte dell'Accademia dei Dottori Commercialisti di Milano e chiede l'ammissione della Candidatura da parte del Consiglio Direttivo, in veste di Socio Ordinario.

Contatti

Tel/Cell: _____ email: _____

- **Accettazione regolamento Privacy , ai sensi e per gli effetti di cui al nuovo regolamento europeo 2016/679 art. 13**



ACCADEMIA
DEI DOTTORI
COMMERCIALISTI
DI MILANO

MODULO B

SI PUÒ PROCEDERE AL PAGAMENTO :

QUOTA ASSOCIATIVA ORDINARIA : EURO 50,00

A MEZZO: BONIFICO

CAUSALE : NOME COGNOME SOCIO

**DATI : ACCADEMIA DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E
DEGLI ESPERTI CONTABILI DI MILANO**

SEDE: VIA F. TURATI 38 20121 MILANO

PRESSO: BANCA POPOLARE DI SONDRIO

IBAN: IT12E0569601600000023849X20

INVIARE LA NOTIFICA A: ACCADEMIA@MILANO.ANDOC.INFO