

**RICHIESTA FORMA DI PAGAMENTO**

Il/la sottoscritto/a dipendente/socio lavoratore

Nome:

Cognome:

Luogo e data di nascita:

C.F. :

richiede ad "Archimede S.c.s." l'accredito dello stipendio tramite:

 BONIFICO BANCARIO/POSTALE in CONTO CORRENTE:

CODICE IBAN (27 CARATTERI ALFANUMERICI)					
PAESE 2 Lettere	CHECK DIGIT 2 Numeri	CIN 1 Lettera	ABI 5 numeri	CAB 5 Numeri	NR C/C 12 caratteri alfanumerici

 ASSEGNO NON TRASFERIBILE: da ritirare direttamente presso la Sede Legale di "Archimede S.c.s.", in Via Senni 69 Scarperia (FI). ASSEGNO NON TRASFERIBILE: da ritirare direttamente presso la Sede Amministrativa di "Archimede S.c.s.", in Via Aldo Moro 28 Sesto Fiorentino (FI).

In fede

---

Luogo e data 

---