

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
STRUTTURA IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE**

MODELLO DI PAGAMENTO
Tariffe D. Lgs 194/2008 – art. 10 comma 4 ed Allegato A sez. 6

Il pagamento può essere effettuato presso le Agenzie e Filiali della **Cassa di Risparmio di Asti – COD IBAN IT 74 M 06085 10316 00000000 7783 –**

LA CASSA DI RISPARMIO DI ASTI, TESORIERE DELL'ASL AT, E' AUTORIZZATA A INCASSARE DA:

Sig. _____

Per la Ditta: _____

Con sede operativa in _____

LA SOMMA TOTALE DI EURO:

CAUSALE : D.Lgs 194/08 – SIAN anno/i di riferimento _____

Copia della ricevuta del versamento dovrà essere restituita obbligatoriamente alla Segreteria del **Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione**.