

Tramite la sottoscrizione del formulario il neo-associato conferma la propria volontà di aderire alla SCIA e si impegna al pagamento della quota sociale annua.

## Associato

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Ditta \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NAP/Località \_\_\_\_\_  
Telefono U \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
Sito \_\_\_\_\_

## Indirizzo di fatturazione

Amministrazione \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NAP/Località \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
Sito \_\_\_\_\_

## Settore attività

Comm. dettaglio  \_\_\_\_\_  
Industria  \_\_\_\_\_  
Artigianato \_\_\_\_\_  
Servizi  \_\_\_\_\_  
Albergo/ristorante  \_\_\_\_\_  
Libero professionista  \_\_\_\_\_

Quota sociale  
CHF 150.00/anno

Luogo/Data

Timbro/Firma