

RICHIESTA POSIZIONE CONTRIBUTIVA

Dott. _____

Via _____

_____ ()

Spett.le E.N.P.A.F.
Ufficio Contributi
Viale Pasteur 49
00144 Roma

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

nato/a a _____ () il __/__/____ e residente a _____ ()

regolarmente iscritto/a all'Ordine dei farmacisti di _____

CHIEDE

Di conoscere la propria attuale posizione contributiva.

Ringrazia per la gentile collaborazione e coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

_____, __/__/____

In fede

* allegare copia di un documento di riconoscimento