



DATI ANAGRAFICI CONSULENTE

Il sottoscritto/a _____

Titolare dello Studio di Consulenza _____

codice fiscale dello studio _____ partita iva _____

con sede a _____ provincia _____ CAP _____

indirizzo _____ nr. _____

telefono _____ indirizzo mail _____

indirizzo PEC _____

Sottoscrivendo il seguente modulo lo Studio verrà attivato automaticamente al servizio M.U.T. per la gestione delle denunce mensili.

LUOGO E DATA

TIMBRO E FIRMA DELLO STUDIO