NUOVA MODULISTICA DI DEPOSITO PER LE CAMERE DI COMMERCIO OVVERO DEPOSITO POSTALE

DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE PER FITOSANITARI (CCPF)

UIBM

N°_____

FOGLIO AGGIUNTIVO TIPO 5

5.2 MANDATARI INCARICATI

Numero iscrizione albo*	Cognome*	Nome*

5.2 RAPPRESENTANTI INCARICATI

Codice fiscale*	Cognome*	Nome*

* Campi obbligatori per ogni Mandatario o Rappresentante incaricato aggiunto.

FIRMA DEL RICHIEDENTE