



D.M. 25/05/2001

## CHIEDE

- | Anno | Contributo soggettivo minimo versato (D.M. 25/05/2001) |
|------|--|
|      | €  |
|      | €  |

- |      |                |
|------|----------------|
| Data | Timbro e Firma |
|------|----------------|

CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA A FAVORE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI

