

Erbe di Mauro Srl
Contrada San Girolamo 123
63900 Fermo
P.IVA: 02509430449

Data:

Oggetto: Commissione di affiliazione Partner

Il sottoscritto _____, nato a _____
il _____ e residente a _____
in via _____ . Codice fiscale _____
telefono _____, email _____

Dichiara

di ricevere, per commissioni di affiliazioni, dalla Erbe di Mauro Srl
il seguente compenso: [Risoluzione Agenzia Entrate n.209/E del 18.11.2003]

Compenso lordo	
Ritenuta di acconto: 23% sul 50 % della provvigione	
Totale netto commissione di affiliazione	

Dichiaro inoltre di essere esonerato dall'obbligo della fatturazione in quanto trattasi di prestazione occasionale ai sensi degli art. 1 e 5 DPR 633 del 26-10-1972 e successive modificazioni.

Modalità di pagamento

IBAN

CONTO INTESTATO A

In fede

FIRMA