

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]

<b>Compenso lordo</b>	
<b>Ritenuta di acconto:</b> 23% sul 50 % della provvigione	
<b>Totale netto</b> 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**