**RICHIESTA DI CARTA DI CREDITO VIRTUALE**

Io sottoscritto/a, **Prof./Dr.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

richiedo l’emissione di una carta di credito virtuale dell’importo di **€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, da addebitare sul **Fondo UGOV \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

di cui:

☐ è titolare

☐ è titolare il docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**per la seguente tipologia di pagamento**

☐ Quota di iscrizione a convegno/congresso

☐ Quota associativa (solo per docenti)

☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiarazioni dell’interessato**

Sottoscrivendo il presente modulo, dichiaro di:

1. Aver verificato che **non vi sono altre modalità** per eseguire la spesa;
2. **Trasmettere la ricevuta** all’indirizzo email **amministrazione.sdb@unipd.it**
3. Di richiedere obbligatoriamente l’emissione della fattura (da inviare a email **amministrazione.sdb@unipd.it),** intestata a:

Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino

Via Giustiniani, 3

35128 Padova

P.iva 00742430283

La fattura dovrà essere completa di tutti i dati (denominazione, indirizzo, CF/p.iva) del fornitore.

**Documentazione allegata**

Si allega la documentazione necessaria per l'autorizzazione del pagamento.

Padova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma titolare del conto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |