

## MODULO DI ADESIONE

### Protocollo d'Intesa ABI-Assoconfidi in tema di flussi informativi banca-Confidi

All'Associazione Bancaria Italiana  
Servizio di Segreteria Generale  
Piazza del Gesù, n. 49  
00186 ROMA

La sottoscritta Banca/Il sottoscritto Intermediario finanziario vigilato

.....

in proprio

anche in nome e per conto delle banche e degli intermediari finanziari  
vigilati del gruppo<sup>1</sup>

comunica la propria adesione al Protocollo d'Intesa ABI-Assoconfidi impegnandosi a dare  
rapida attuazione a quanto ivi previsto.

Data

Firma

Il presente Modulo, debitamente compilato, va inviato al seguente n. di Fax 066767457 oppure  
all'indirizzo e-mail [sg@abi.it](mailto:sg@abi.it), indicando di seguito due nominativi aziendali di riferimento:

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Se si barra questa casella, allegare o riportare di seguito l'elenco dei soggetti in nome e per conto dei quali è comunicata l'adesione all'accordo.