

Allegato AP - ULTERIORE ASSISTENTE PARTE

PARTE ASSISTITA*

TIPOLOGIA

CONSULENZA*

AVVOCATO

ALTRO

COGNOME*

C.F.*

NOME*

P. IVA

SEDE

VIA*

PROV.*

CITTA'*

CAP*

CONTATTI

P.E.C.*

CELL.*/
TEL.

EMAIL

COD. DEST.
FATT. ELET.

CHIEDE DI PARTECIPARE IN VIDEOCONFERENZA (ulteriori dettagli saranno inviati successivamente);

ULTERIORE ASSISTENTE PARTE

PARTE ASSISTITA*

TIPOLOGIA

CONSULENZA*

AVVOCATO

ALTRO

COGNOME*

C.F.*

NOME*

P. IVA

SEDE

VIA*

PROV.*

CITTA'*

CAP*

CONTATTI

P.E.C.*

CELL.*/
TEL.

EMAIL

COD. DEST.
FATT. ELET.

CHIEDE DI PARTECIPARE IN VIDEOCONFERENZA (ulteriori dettagli saranno inviati successivamente);

ULTERIORE ASSISTENTE PARTE

PARTE ASSISTITA*

TIPOLOGIA

CONSULENZA*

AVVOCATO

ALTRO

COGNOME*

C.F.*

NOME*

P. IVA

SEDE

VIA*

PROV.*

CITTA'*

CAP*

CONTATTI

P.E.C.*

CELL.*/
TEL.

EMAIL

COD. DEST.
FATT. ELET.

CHIEDE DI PARTECIPARE IN VIDEOCONFERENZA (ulteriori dettagli saranno inviati successivamente);

* Campo obbligatorio.