



Amministrazione

e-mail: **amm.landris@libero.it**

Via Landris, 66

32036 SEDICO (BI)

tel. e fax 0437 – 82898

www.landris.it

**CONTRATTO per VERSAMENTO
copertura spese vive
a carico della famiglia**

INGRESSO nella C.T. Fraternità del sig. _____

In data _____ i Sigg. _____

in qualità di _____ del Sig. _____

si impegnano a versare la somma di **€ 180 (centottanta) entro il primo di ogni mese**, a copertura delle spese vive per l'acquisto delle sigarette, farmaci ed altre eventuali spese personali.

Tali spese NON VENGONO COPERTE nè ANTICIPATE dalla Comunità.

Tutte le spese effettuate verranno rendicontate dall'amministrazione dell'Associazione Movimento Fraternità Landris Onlus

Ad ogni versamento effettuato verrà rilasciata la relativa ricevuta.

Firme _____

Timbro C.T.

Data _____

COORDINATE BANCARIE Associazione
Movimento Fraternità Landris Onlus

IT 71 R 02008 61310 000002707572

ABI

CAB

N. C/C

UNICREDIT BANCA FILIALE DI SEBICO .