

speciale
sovventore

Contribuisci a realizzare il sogno di riportare il Modena ai modenesi



MODENA SPORT CLUB

Modena Sport Club - Società Cooperativa
Via dell'Artigianato, 45/a | 41122 Modena | ITALIA
Tel. (+39) 366 5678876 | Fax (+39) 059 28 25 33
info@coopmodenasportclub.it
coopmodenasportclub@pec.it

www.coopmodenasportclub.it

C.F. e P.IVA 03237700368 | Registro Imprese n. 56277/08 | Rea n. 370529



Scheda di manifestazione di interesse all'acquisto di azioni del Modena F.C. per il socio sovventore e per il socio speciale

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome) . _____ (nome)

*Nato/a a _____ *Provincia (_____) *Il ____/____/____ (data gg/mm/aaaa)

*Documento di identità n° _____ *rilasciato da _____

*Codice Fiscale | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

*Residente in Via _____ *n° civico _____

*C.A.P. _____ *Città _____ *Provincia (_____) *Stato _____

Tel. _____ Fax _____ • *E-mail _____

*Cell. _____ Professione _____

*Ragione Sociale _____

*Con sede in Via _____ *n° civico _____

*C.A.P. _____ *Città _____ *Provincia (_____) *Stato _____

Tel. _____ *Fax _____ Web _____ *E-mail _____

Legale Rappresentante _____ *Cell. _____

_____ (cognome) _____ (nome)

*Codice Fiscale | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

*P.IVA | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Specificare il settore dell'attività _____

*Campi da compilare obbligatori

Con la presente dichiara di essere interessato all'acquisto del Pak 5


Pak 5: da euro 2.000,00 e oltre = corrispondente a 1 azione da euro 25,00 così come definito dallo Statuto sociale art.10 lett c).

SOVVENTORE
 SPECIALE

*Specificare importo _____ €
(in lettere) _____

*Lì, _____

*In fede _____
(apporre la propria firma leggibile)

Inviare il presente modulo compilato e firmato insieme alla ricevuta del versamento avvenuto, entro giorni dalla sottoscrizione, al numero di fax 059 282533 

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali unicamente per e nei limiti delle finalità indicate.

*Firma _____ (firma leggibile)

IBAN per VERSAMENTO o BONIFICO

Conto Corrente UniCredit Banca
IT 15 F 02008 12932 000100561036
Conto Corrente Banca Popolare dell'Emilia Romagna
IT 25 Y 05387 12900 000001830751

Ricevuta da compilare e ritagliare nel caso di consegna a mano

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome) . _____ (nome)
*Nato/a a _____ *Provincia (_____) *Il ____/____/____ (data gg/mm/aaaa)

*Documento di identità n° _____ *rilasciato da _____

Scelto il Pak n°5 di € _____ Lì, _____ Andrea Gigliotti
Amministratore Unico