



## MODULO DI ADESIONE

Ragione sociale / denominazione.....

P.IVA ..... C.F. ....

Sede..... Via .....

Tel ..... Cell ..... Email .....

### DICHIARA DI ADERIRE

- alla Rete Territoriale “*Ascom Care*” per la gestione del Welfare aziendale;
- all’iniziativa “*Buoni spesa - Welfare aziendale*” promossa da Ascom Bra.

Data.....

Timbro e firma.....