

Spett.le  
Finafarm S.p.A  
via Provina n. 3 – fraz. Ravina  
38123 Trento

## RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

### “FINAFARM 40”

Il/La sottoscritto/a .....

SOCIO UNIFARM       SOCIO UNIFARM SARDEGNA       SOCIO UFL      (barrare la casella interessata)

CLIENTE UNIFARM       CLIENTE UNIFARM SARDEGNA       CLIENTE UFL      (barrare la casella interessata)

titolare della Ditta/Società .....

Via ..... n. .... Cap ..... Città ..... Prov .....

P. Iva ..... Cod. Fisc. ....

Tel. .... Fax .....

Mail ..... Pec .....

Codice SDI (in assenza del cod. SDI indicare PEC per fatturazione) .....

in qualità di:  Ditta Individuale       Società

Nel caso di società indicare tutti i soci:

COGNOME E NOME	DOMICILIO

### CHIEDE

la concessione di un finanziamento per il seguente servizio: FINAFARM 40

Importo richiesto:.....Durata: 60 MESI DI CUI 12 DI PREAMMORTAMENTO.

Scopo del finanziamento:.....

Le coordinate bancarie d'appoggio sono le seguenti:

Banca .....

IBAN \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di avere in essere o in corso di concessione i seguenti fidi/finanziamenti (sia personali che della farmacia):

FIDI:

BANCA	IMPORTO ACCORDATO	IMPORTO UTILIZZATO	SCADENZA

FINANZIAMENTI:

BANCA	IMPORTO RESIDUO	IMPORTO RATA	FINALITA'	SCADENZA	GARANZIE CONCESSE

Si allega:

- Bilancio della Farmacia e Unico dei soci al 31/12/2019
- Bilancio della Farmacia al 31/12/2020
- Nel caso di farmacie turistiche situazione contabile 1° trimestre 2021
- Documento di identità di tutti i soci

Data ..... Timbro e firma .....