

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