

PRATICA COMUNICA

Compilare **tutti i campi** del presente modulo

DATI DELLO STUDIO o AZIENDA

Studio/Azienda _____ Persona di riferimento: _____
Indirizzo _____
Città _____ Cap _____ Prov _____
Codice Fiscale _____ Partita Iva _____
Telefono _____ Fax _____
E-mail _____
Posta Elettronica Certificata _____

DATI RELATIVI ALLA PRATICA

CCIAA DI COMPETENZA: _____
Ragione sociale/Denominazione _____

Il deposito dovrà essere effettuato ai seguenti Enti:

☐ **Registro Imprese** ☐ **Albo Artigiani** ☐ **Agenzia Entrate (IVA)** ☐ **INPS** ☐ **INAIL**

COSTI: **Servizio:** **Bolli:** **Diritti:** **Diritti annuali:**

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- il presente Modulo
- Le **Form** e tutta la documentazione, se prevista, relativa alla pratica
- la **Procura Comunica** firmata dal Legale Rappresentante/titolare
- il **Documento di Identità** del Legale Rappresentante/titolare (in alternativa alla procura ed al documento, potrete farci pervenire la Smart Card del Legale Rappresentante/titolare)
- Copia del **Bonifico Bancario**

PAGAMENTO

Bonifico Bancario anticipato

Intestato a: **M&G Services Srl**
Dati bancari: BANCA MONTE DEI PASCHI I DI SIENA SPA
IBAN: IT33D0103014700000004086094
Causale: **PRATICHE CCIAA (indicare il nome dello Studio o Azienda)**
Per più pratiche è possibile fare un unico Bonifico Bancario

MODALITA' DI INVIO DELLA PRATICA

via fax al n. **0773.1870334**

In alternativa inviare la scansione **via mail** a **info@mgtelem.it**

Data: _____ Firma e Timbro _____

MESSA IN LIQUIDAZIONE

Società a responsabilità limitata

Compilare **tutti i campi** del presente modulo

DATI RELATIVI ALLA PRATICA

Ragione sociale _____

Codice Fiscale _____ n. REA _____

CCIAA di competenza _____

Legale Rappresentante _____

DATI RELATIVI ALLA PRATICA:

Data Atto _____ (data del verbale)

Denominazione: _____ IN LIQUIDAZIONE

Cessazione dell'organo Amministrativo:

☐ Amministratore Unico ☐ Consiglio di amministrazione ☐ Altro _____

Nomina Liquidatore:

Dati anagrafici:

Codice Fiscale _____

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Stato _____

Comune (anche se estero) _____ Provincia _____

Sesso ☐ M ☐ F Cittadinanza _____

Domicilio Fiscale:

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Indirizzo _____

Frazione o Località _____

Presso altre indicazioni _____

In data _____

Il soggetto è stato nominato LIQUIDATORE della società.

Durata:

☐ Fino alla approvazione del bilancio del _____

☐ Esercizi _____

☐ Fino alla prossima assemblea

☐ Fino alla revoca

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- il **verbale di assemblea ordinaria con le maggioranze previste per la modificazione dell'atto costitutivo**;

- la **Procura** firmata e il **documento di identità** del Liquidatore.