

DOMANDA DI REGISTRAZIONE DI MARCHIO D'IMPRESA

N° _____

UIBM

FOGLIO AGGIUNTIVO TIPO 4

4. RICHIEDENTE

PERSONA FISICA

Codice fiscale***

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Cognome*

Nome*

Comune e prov. di nascita

Nazione di nascita

Comune e prov. di residenza**

Nazione di residenza*

Indirizzo**

Civico**

CAP**

Telefono

Fax

Email o CECPAC

PEC

Codice fiscale***

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Cognome*

Nome*

Comune e prov. di nascita

Nazione di nascita

Comune e prov. di residenza**

Nazione di residenza*

Indirizzo**

Civico**

CAP**

Telefono

Fax

Email o CECPAC

PEC

PERSONA GIURIDICA

C.F o P.IVA***

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Tipo società

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Nazione sede/filiale*

Indirizzo**

Civico**

CAP**

Telefono

Fax

Email o CECPAC

PEC

C.F o P.IVA***

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Tipo società

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Nazione sede/filiale*

Indirizzo**

Civico**

CAP**

Telefono

Fax

Email o CECPAC

PEC

* Campi obbligatori.

** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti residenti o con sede legale in uno Stato dell'Unione europea.

*** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti in possesso di codice fiscale o partita iva rilasciati da un Ente italiano.

FIRMA DEL RICHIEDENTE