**Manifestazione di interesse ad aderire a Gaia-X Hub Italia**

Con la presente manifestiamo il nostro interesse ad aderire a Gaia-X Hub Italia richiedendo l’invio del modulo di adesione, non appena disponibile.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
|  |  | |
| **QUOTE DI ISCRIZIONE A GAIA-X HUB ITALIA** | | |
| **Categorie [EUR]** | **Quota di ingresso [EUR]** | |
| ☐ Imprese con fatturato > = 100 mln/anno | 7.000,00 | |
| ☐ Imprese con fatturato < 100 mln/anno | 3.500,00 | |
| ☐ Enti di Ricerca, Associazioni, altri enti No profit | 2.000,00 | |

Il Regional Hub Italiano contribuirà a:

* Rappresentare formalmente il Regional Hub Italiano presso Gaia-X AISBL;
* Definire il posizionamento italiano sulle tematiche e le attività di Gaia-X;
* Recepire e promuovere informazioni e proposte che provengono da stakeholder esterni;
* Sviluppare progettualità per la partecipazione ai bandi nazionali ed europei.

In caso di appartenenza ad un Gruppo si prega di indicare la sede o entità prescelta,

Organizzazione

Indirizzo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Codice Postale | Città | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazionalità |  |  |  |  | Sito internet | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Referente dell’Organizzazione (Rappresentante dell’organizzazione all’interno dell’Hub) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Generalità |  |  | Email | |  |  | Cellulare | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Carica ricoperta

**Ulteriore Delegato dell’organizzazione**

Generalità

**Referente amministrativo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Email | Cellulare | |
|  |  | |

Generalità

**Indirizzo Fatturazione**

Indirizzo

P. IVA o Cod. Fiscale

Codice cliente o identificativo ordine di pagamento

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Email | | Cellulare | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Codice Postale | |  | Città |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Email | | Cellulare | |

Luogo, Data **Firma NON VINCOLANTE del Legale Rappresentante**  Timbro dell’Organizzazione