MODULO RIMBORSO

Nome _____ Cognome _____
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
Legale rappresentante/titolare della Società RAGIONE SOCIALE _____ Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|.

CODICE CLIENTE |__|__|__|__|__|__|__|
POD/PDR |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| / |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
INDIRIZZO _____ CAP _____ COMUNE _____ PROVINCIA |__|__|
RECAPITO TELEFONICO _____ / _____
E-MAIL _____

RICHIEDE

che venga eseguito il rimborso del credito pari a euro _____ tramite bonifico bancario alle seguenti coordinate:

| COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ADDEBITARE CODICE IBAN | | |