
MODULO RICHIESTA RIMBORSO

c.a. Amministrazione CAD

Io sottoscritto _____ chiedo il rimborso di € _____
causa errato pagamento degli esami richiesti.

Esami effettuati in data ____/____/____

Pagamento effettuato tramite Bonifico bancario/Bancomat/Carta di credito in data _____

Si specificano le coordinate bancarie per effettuare il bonifico per il rimborso:

- IBAN _____

- COGNOME NOME INTESTARIO CONTO _____

- BANCA _____

Data _____

Firma richiedente _____

Indicazioni per la richiesta:

- 1) Stampare il presente modulo;
- 2) Compilarlo in tutte le sue parti;
- 3) Apporre data e firma;
- 4) Inviare fax al numero 011/90224261 oppure scansionare il modulo e inviare file a: segreteria@cadbertinaria.it