

## MODULO RICHIESTA RIMBORSO

c.a. Ufficio Amministrativo CAD – Sig.ra Roberta Brustia

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

chiedo il rimborso di € \_\_\_\_\_ causa errato pagamento degli esami richiesti.

Esami effettuati in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Pagamento effettuato tramite  Bonifico bancario (indicare estremi) \_\_\_\_\_  
 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:  
[info@antidoping.piemonte.it](mailto:info@antidoping.piemonte.it)