

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