


RICHIESTA DI RIMBORSO SALDO RESIDUO CARTABCC PREPAGATA TASCA

DATI DELLA BANCA							
ABI	CAB	RAGIONE SOCIALE					
_____	_____	_____					
DATI DELLA CARTA PREPAGATA RILASCIATA		<input type="checkbox"/> 					
NUMERO CARTA		CODICE PRODOTTO					
_____		_____					
MODALITA' DI RIMBORSO		SALDO RESIDUO					

<input type="checkbox"/> SULLA CARTA NR.		<input type="checkbox"/> SUL C/C n°	<input type="checkbox"/> CONTANTE	<input type="checkbox"/> ALTRO _____			
_____		_____	_____				
DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE DELLA CARTA							
Cognome	Nome		Sesso (M/F)				
_____	_____		_____				
Indirizzo	Cap	Località	Prov. Nazionalità				
_____	_____	_____	_____				
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	Nazionalità				
____/____/____	_____	_____	_____				
Codice Fiscale	Telefono abitazione	Telefono cellulare					
_____	_____	_____					
Documento	Numero	Rilasciato in data					
_____	_____	____/____/____					
Luogo del rilascio	Prov.	Nazionalità	Stato civile (1 Cel./Nub. 2 Coniugato/a 3 Divorziato/a)				
_____	_____	_____	_____				
Indirizzo e/c	Cap	Località	Prov.				
_____	_____	_____	_____				
E-Mail							

Coordinate Bancarie	Codice Paese	Cin IBAN	Cin	Codice ABI	CAB	Nr. Conto Corrente	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	

RichiestaRimborsoSaldoResiduoCartaBccTascaMastercard.doc

Il sottoscritto, in qualità di titolare della carta, richiede il rimborso del saldo residuo in essere sulla propria carta nelle modalità sopra indicate.

Firma del Titolare

Data

TIMBRO E FIRMA DELLA BANCA

Data _____