

DATI DEL DICHIARANTE

Codice Cliente Nomin/Rag. Sociale
P.IVA Codice Fiscale N.
Telefono Cellulare FAX
E-mail PEC

FORNITURA

☐ ENERGIA ☐ GAS SELEZIONA UNA DELLE DUE VOCI

Indirizzo
CAP Comune Provincia
POD/PDR Lettura contatore

CHIEDE**RICHIESTA DI RIMBORSO PER:**

☐ RESTITUZIONE DEPOSITO CAUZIONALE CESSATA FORNITURA
☐ NOTA DI CREDITO N°
☐ *RIMBORSO SALDO A CREDITO
☐ *DOPPIO PAGAMENTO FATTURA N° EFFETTUATO IL

DATI BANCARI

IBAN*
Ragione Sociale / Nome e Cognome
Codice Fiscale* P.IVA

ALLEGATI OBBLIGATORI**Documento di riconoscimento del richiedente/rappresentante legale****MODALITÀ DI INOLTRO****MAIL:** clienti@energiasociale.it**SERVIZIO CLIENTI WHATSAPP:** +39 342 10 13 663Luogo e data **TIMBRO E FIRMA**

Firmando, si dichiara di essere informati ai sensi e per gli effetti di cui l'art. di legge GDPR 2016/679, e che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

