



Commerfidi Soc. Coop.
Sede legale: Via Enzo Baldoni, 23 – 97100 Ragusa
Registro Imprese/C.F./P.I.: 00247670888
Tel.: 0932/251377 Fax: 0932/259493
E-mail: info@commerfidisicilia.it
Sito internet: www.commerfidisicilia.it

RICHIESTA RIMBORSO DEPOSITO CAUZIONALE GARANZIA RISCHI

DATI LEGALE RAPPRESENTANTE/I

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ Codice Fiscale _____
residente _____ in prov. _____ Via _____
in qualità di _____

(compilare in caso di firma congiunta)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ Codice Fiscale _____
residente _____ in prov. _____ Via _____
in qualità di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ Codice Fiscale _____
residente _____ in prov. _____ Via _____
in qualità di _____

DATI AZIENDA

Denominazione azienda _____
Cod. Fiscale _____ P. IVA _____
con sede legale in _____ prov. _____ Via _____
recapito postale in _____ prov. _____ Via _____
esercente l'attività di _____
Codice ISTAT/ATECO _____ tel. _____ fax _____ cell. _____
PEC _____ e-mail _____
Sito internet _____ Pagina facebook _____

PRESENTA

La richiesta di Rimborso di Deposito Cauzionale Garanzia Rischi.

a seguito di _____

e a tale scopo **CHIEDE** che la somma spettante sia liquidata tramite:

Bonifico Bancario sul conto corrente intestato a: _____

il cui IBAN è: **IT**

Assegno circolare non trasferibile (solo in caso di assenza di un conto corrente utile per effettuare il rimborso tramite Bonifico).

Data _____ Timbro e firma/e _____

Sezione a cura dell'Ufficio:

Codice Socio _____ Codice Azienda _____ Data Ammissione _____

Quota Deposito Cauzionale Garanzia Rischi per un totale di € _____