MODULO DI RICHIESTA RICONOSCIMENTO CREDITO RESIDUO

Dati del Cliente intestatario della Carta Sim PosteMobile

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____ Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente in _____ Città _____ Provincia |_|_|

Documento d'identità _____ N°_____ Data di rilascio _____

Indirizzo e-mail (non obbligatorio) _____

Dati della SIM Card PosteMobile

Numero di telefono_____ / _____

Numero seriale della Carta SIM (indicato sulla Carta SIM) _____

Chiede

che il traffico acquistato residuo al momento della cessazione del contratto stipulato con PostePay S.p.A. per l'erogazione di Servizi Mobili, così come accertato sui sistemi di PostePay S.p.A. all'atto della disattivazione, venga riconosciuto e attribuito:

☐ Alla linea mobile n°_____PosteMobile di cui risulta essere legittimo titolare;

☐ Alla linea mobile n°_____ PosteMobile di cui risulta essere legittimo titolare il Sig./ Sig.ra _____

_____ (di seguito "Beneficiario")

☐ rimborsato al sottoscritto tramite bonifico (l'operazione ha un costo di 3€, che verrà trattenuto direttamente dal credito telefonico residuo)

Intestatario Conto: _____

Codice IBAN: _____

Documenti allegati

Si allega copia di un documento e copia del Codice Fiscale attestante l'identità del sottoscritto (obbligatorio).

☐ Copia del documento d'identità e copia del Codice Fiscale attestante l'identità del beneficiario del trasferimento.

Il richiedente dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi:

- che tutti i dati inseriti nel presente Modulo sono veritieri;
- di essere legittimo titolare dell'utenza mobile PosteMobile sopra indicata;
- di aver preso visione dell'Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE disponibile sul sito www.postemobile.it o presso gli Uffici Postali e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali, ove necessario, per le finalità di cui al presente modulo.

Luogo_____Data_____ Firma_____

Per presa visione ed accettazione di quanto previsto nel presente Modulo ed indicato dal richiedente.

Luogo_____Data_____ Firma_____

Inviare il documento compilato e firmato tramite Fax al numero gratuito 800.242.626 o tramite lettera a Casella Postale 3000, 37138 Verona (VR).

Ed. ottobre 2018