

MODULO DI RICHIESTA BLOCCO/SBLOCCO SERVIZI A SOVRAPPREZZO POSTEMOBILE CASA

Dati del Cliente intestatario della Linea Telefonica PosteMobile Casa

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ il _____ Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Residente in _____ Città _____ Provincia | | |
Tipo Documento d'identità _____ N° _____
Indirizzo e-mail (non obbligatorio) _____
Numero telefonico di contatto _____ / _____

Dati della Linea Telefonica PosteMobile Casa

Numero di telefono _____ / _____

Richiesta Blocco/Sblocco Servizi a Sovrapprezzo**Chiamate INTERNAZIONALI**

Chiamate voce verso numerazioni Internazionali

Si richiede:

Blocco Sblocco*

Chiamate PREMIUM

Chiamate voce verso le seguenti numerazioni:

- Satellitari internazionali;
- 899;
- 894 e 895 (con esclusione delle numerazioni composte da sei cifre);
- decade 4 a sovrapprezzo;

per l'elenco completo delle numerazioni a sovrapprezzo contattare il Servizio Clienti PosteMobile.

Si richiede:

Blocco Sblocco*

*Il Cliente ha la possibilità di richiedere lo sblocco solo dopo il pagamento di almeno due fatture consecutive ed a condizione che PostePay S.p.A. accerti la perdurante sussistenza dei requisiti minimi di affidabilità dalla stessa individuati con finalità di prevenzione e controllo del rischio di insolvenza, controllo delle frodi e tutela del credito.

Documenti allegati

Si allega copia di un documento in corso di validità attestante l'identità del sottoscritto (obbligatorio).

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 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 _____

Inviare il documento compilato e firmato tramite Fax al numero gratuito **800.160.909** o tramite lettera a Casella Postale 3000, 37138 Verona (VR) unitamente a copia del documento sopra indicato.