

MODULO RICHIESTA INFORMAZIONI SU CMOR

(se compilato a mano si prega di scrivere in stampatello)

DATI DEL CLIENTE TITOLARE DELLA FORNITURA

Nome e cognome / Ragione sociale

Cod. Fiscale / P.IVA

Rappresentante legale (se applicabile, nome e cognome)

Indirizzo

Città

Prov.

CAP

Telefono fisso

Cellulare

Email

DATI DELLA FORNITURA PER LA QUALE SI RICHEDE SUPPORTO

Consumatore

Domestico

Non domestico

Nome attuale esercente

POD

Indirizzo di fornitura

Città

Prov.

CAP

INFORMATIVA PRIVACY

RICHIEDE DI CONOSCERE

Nominativo del precedente venditore/i richiedente/i l'indennizzo CMOR

Valore del credito

Valore dell'indennizzo CMOR

Luogo e data

Firma del cliente

ALLEGATI OBBLIGATORI

N. 1 - Copia completa della bolletta riportante il CMOR

N. 2 - Documento di identità, in corso di validità, del cliente

N. 3 - **Delega**: obbligatoria se la richiesta non è presentata dal cliente intestatario della fornitura

Allegato 1 - Modulo **Delega per pratica inviata con modalità NON telematica (cliente domestico e delegato non professionista)**

DELEGA *

(da compilare a cura del CLIENTE, se la pratica è inviata da un suo delegato. È OBBLIGATORIO allegare un documento di identità del cliente non scaduto)

Il/La sottoscritto/a

DELEGA

DATI IDENTIFICATIVI DEL DELEGATO

Nome e cognome

Codice Fiscale

Indirizzo: Via / Piazza

Città

Prov.

CAP

Telefono fisso

Cellulare

Email

a proporre e a gestire la presente pratica, nonché a ricevere le successive comunicazioni relative alla stessa.

Firma del cliente

Firma del delegato

INFORMATIVA PRIVACY

* Per le pratiche aperte in modalità telematica, le informazioni sono acquisite automaticamente dai dati inseriti in fase di registrazione al Portale Unico.

DATI ASSOCIAZIONE CLIENTI FINALI

A quale associazione appartieni? *

Denominazione associazione *

Codice Associazione

CAP sede territoriale

* Campo a compilazione guidata dal sistema

DELEGA *

(da compilare a cura del CLIENTE, se la pratica è inviata da un suo delegato. È OBBLIGATORIO allegare un documento di identità del cliente non scaduto)

Il/La sottoscritto/a

DELEGA

DATI IDENTIFICATIVI DEL DELEGATO

Nome e cognome

Cod. Fiscale / P. IVA

Indirizzo: Via / Piazza

Città

Prov.

CAP

Telefono fisso

Cellulare

Email

a proporre e a gestire la presente pratica, nonché a ricevere le successive comunicazioni relative alla stessa.

Firma del cliente

Firma del delegato

INFORMATIVA PRIVACY