

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 RICHIEDE 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