Alla
CAMERA DI COMMERCIO DI
CAGLIARI-ORISTANO
cciaa@pec.caor.camcom.it

il sottoscritto _____ _____
cognome *nome*

codice fiscale _____

in qualità di: ☐ titolare dell'impresa ☐ legale rappresentante / amministratore della società

_____

codice fiscale / Partita IVA _____ n. REA _____

con sede in _____ via _____ n. _____

CHIEDE

- il rimborso ☐ totale ☐ parziale del diritto annuale relativo all'anno/anni _____

per il seguente motivo:

☐ duplicazione di pagamento

☐ cancellazione dell'impresa in data _____ con domanda del _____

☐ altri motivi

- di accreditare le somme sul seguente conto corrente bancario / postale:

IBAN n. _____

presso la Banca _____ Agenzia di _____

Intestazione c/c _____

(* N.B. L'intestatario del c/c non può essere diverso dal beneficiario che richiede il rimborso)

Luogo e data _____ Firma

I dati personali comunicati in questo modulo sono trattati nell'ambito della normale attività della Camera di Commercio di Cagliari-Oristano per l'adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria, ovvero a disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo. Si fa esplicito e completo riferimento all'informativa pubblicata sul sito www.caor.camcom.it nella sezione Privacy/informative privacy/Informative relative ai procedimenti dell'Area Servizi di suppporto.