

**MODULO RICHIESTA SERVIZIO LAMPADE VOTIVE**

---

**RICHIEDENTE**

DENOMINAZIONE:

INDIRIZZO DI FATTURAZIONE:

CODICE FISCALE:

TELEFONO:

**SPETT.  
CASSANO MAGNAGO SERVIZI SPA  
SERVIZIO LAMPADE VOTIVE  
FAX 0331 209585  
EMAIL INFO@CMS-SPA.IT**

**SI RICHIEDE L'ALLACCIAMENTO DI UNA LAMPADA VOTIVA PER:**

DEFUNTO:

POSIZIONE:

DATA DI MORTE:

CASSANO MAGNAGO, IL \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE  
\_\_\_\_\_

**ALLEGARE CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE**