

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: LAMPADEVOTIVE@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