CMS spa
CASSANO MAGNAGO SERVIZI

SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA – RIMBORSO

IL SOTTOSCRITTO

cognome _____ nome _____

codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

residente in via _____ al civico _____

nel Comune di _____ CAP _____

contatto telefonico _____ email _____

GENITORE / TUTORE DEL MINORE

cognome _____ nome _____

iscritto all'istituto _____ classe _____ PAN _____

RICHIEDE

il rimborso di credito residuo o non usufruito pari ad € _____ come di seguito:

(selezionare la modalità preferita)

☐ in compensazione a favore di un altro minore:

cognome _____ nome _____

iscritto all'istituto _____ classe _____ PAN _____

OPPURE

☐ tramite bonifico bancario/postale sul conto corrente:

intestato a _____

banca _____

IBAN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

(in caso di IBAN errato o non leggibile non sarà possibile emettere il rimborso)

Data _____ Firma del richiedente _____

(allegare copia documento d'identità)