

MODULO CESSAZIONE 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 LA CESSAZIONE DEL SERVIZIO LAMPADE VOTIVE PER IL DEFUNTO:

DEFUNTO:

POSIZIONE:

CASSANO MAGNAGO, IL _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
