

RICHIESTA DI TRASLOCO DEI SERVIZI

Spett.le
INFOSERV S.r.l.
Ufficio Abbonamenti
Centro Direzionale Isola G1
80143 – Napoli (Italia)

IL SOTTOSCRITTO CLIENTE				
Nome	Cognome	Documento di riconoscimento allegato (tipo / numero / data rilascio / ente emittente / data scadenza)		
Ditta / Ragione sociale rappresentata (allegata visura CCIAA e/o documento da cui si evinca il potere di firma)		Tipologia Azienda / Ente (es.: SpA, Onlus, P.A., ecc.)	C.A.P. (sede legale)	
Comune (sede legale)		Prov. (sede leg.)	Indirizzo (sede legale)	
P.IVA	Codice Fiscale	Telefono	Codice Cliente	Num. di Abbonamento (dei Servizi da traslocare)

CHIEDE DI TRASLOCARE I SERVIZI DI CUI ALL'ABBONAMENTO SOPRA INDICATO DALLA SEDE SITA IN		
Comune	Provincia	Indirizzo

ALLA SEDE SITA IN		
Comune	Provincia	Indirizzo

Il/La sottoscritto/a Cliente, dichiara di essere consapevole che la richiesta di trasloco è subordinata a verifica di fattibilità, ai tempi, alle modalità e ai costi che gli comunicherà INFOSERV e che si impegna a pagare anticipatamente per confermare la procedura di trasloco.

Luogo

Data



Firma del Cliente o Delegato o Legale Rappresentante _____