ALTO TREVIGIANO SERVIZI

RICHIESTA DI RIMBORSO

Codice di Tracciabilità: _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (D.P.R. 28/12/2000, N. 445, artt. 46 e 47)

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome)			
Nato/a a		il	
Residente/avente Sede Legale nel Comune di			
In Via		n°	
Cod. Fisc.		P. Iva	
Tel.		Cell.	
E-mail		Pec	

IN RIFERIMENTO ALL'UTENZA:

Utenza intestata a:			Codice Fornitura (Contratto)				
Comune			Codice Cliente				
Via		n°		C.A.P.		Provincia	

intendo chiedere il rimborso della/e seguente/i fattura/e a credito:

n°_____ **di €** _____
n°_____ **di €** _____
n°_____ **di €** _____
n°_____ **di €** _____

TOTALE € _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dagli art.75 e 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. per false attestazioni e dichiarazioni mendaci **DICHIARA di essere** (barrare/compilare)

☐ Utente

☐ Rappresentante Legale dell'Utente (**allegare documentazione attestante il titolo**)

☐ Delegato dall'Utente (**allegare Delega**)

☐ Erede/coerede del de cuius (Utente), unitamente a:

1) Cognome e Nome _____ Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
domicilio _____
2) Cognome e Nome _____ Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
domicilio _____
3) Cognome e Nome _____ Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
domicilio _____
4) Cognome e Nome _____ Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
domicilio _____
5) Cognome e Nome _____ Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
domicilio _____
……
……
……
……
dai quali è stato autorizzato/a a riscuotere e chiede che l'assegno/bonifico venga emesso a proprio favore e recapitato all'indirizzo di cui sopra. Con la presente dichiarazione **il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di tenere indenne e manlevare Alto Trevigiano Servizi S.p.A. in ragione del rimborso effettuato nei propri confronti da ogni pretesa che venisse avanzata, anche in sede giudiziaria, da parte di eventuali aventi causa**.

Questo documento è di proprietà di Alto Trevigiano Servizi S.p.A. che se ne riserva tutti i diritti

ALTO TREVIGIANO SERVIZI

RICHIESTA DI RIMBORSO

Codice di Tracciabilità: _____

CHIEDE che il rimborso venga eseguito nel seguente Conto Corrente *:

☐ tramite bonifico sul **seguente conto corrente bancario/postale** intestato/cointestato all'intestatario dell'utente o all'erede richiedente).

IBAN:

☐ tramite compensazione della/e seguente/i fattura/e a debito intestata/e al medesimo utente (n° documento/i) _____

***In caso di mancanza di un conto corrente per il rimborso contattare il Servizio Clienti (Tel.800.800.882** - *gratuito da rete fissa e mobile*) / Nel caso la compensazione richiesta non risponda ai requisiti, Alto Trevigiano Servizi S.p.A provvederà a darne opportuna comunicazione utilizzando i recapiti forniti dall'utente/richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679: Alto Trevigiano Servizi S.p.A., con sede legale in Via Schiavonesca Priula 86, 31044 Montebelluna (TV), Titolare del Trattamento dei dati personali già comunicati o che verranno in futuro comunicati e presso la quale i dati personali sono o saranno raccolti, desidera informarLa che i dati che Vi riguardano saranno oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata, da parte della Società in relazione ai rapporti contrattuali intercorsi con Lei o a quelli che potranno essere intrattenuti in futuro. La presente informativa sintetica è integrata dall'informativa estesa consultabile nella sezione Privacy del sito internet www.altotrevigianoservizi.it.

Allegare documento di identità dell'Utente e del suo eventuale delegato.

Data _____ **Firma** _____ (anche per presa visione dell'informativa)

La richiesta di RIMBORSO può essere inoltrata tramite:

- Pec: azienda@ats-pec.it e-mail: info@altotrevigianoservizi.it
- Posta: Via Schiavonesca Priula, 86 - 31044 MONTEBELLUNA (TV)
- Uno degli Sportelli aperti al pubblico (Sedi ed orari sono consultabili nel sito www.altotrevigianoservizi.it)

SPAZIO A CURA DEL GESTORE								
Data ricevimento			Codice richiesta					
Canale:	☐	Sportello	☐	Posta	☐	E-mail/pec	☐	SOL

Motivo del rimborso:

- ☐ **Doppio pagamento**
- ☐ **Pagamento importo errato**
- ☐ **Fattura negativa**
- ☐ **Nota di accredito**
- ☐ **Annullamento pratica prev.n._____**
- ☐ **Compensazione**
- ☐ **Altro:_____**

_____

Importo da restituire: € _____

Visto dell'incaricato ricevente la richiesta _____

Questo documento è di proprietà di Alto Trevigiano Servizi S.p.A. che se ne riserva tutti i diritti