

Ente non a scopo di lucro: Sì No

Firma

Soggetto a "Split Payment" art. 17-TER DPR 633/72: ☐Sì ☐No

Trasloco

II/La sottoscritto/a CLIENTI, HAI (Cognome e Nome) In qualità di titolare del contratto intestato a: (In caso di persona giuridica il titolare è il legale rappresentante) Indirizzo: ______ Prov: _____ CAP: _____ C.F. ______ P. IVA: _____ Con la presente dichiara e manifesta la propria volontà di spostare dalla data del ____/___/ la sede degli impianti relativi al contratto n°_____ presso il seguente indirizzo: Dati della nuova sede: Indirizzo: _____ Provincia: _____ CAP: _____ Referente: Telefono: N.B. II costo minimo della procedura di trasloco è di € 500,00 Informazioni fiscali e di fatturazione Indirizzo di fatturazione: _____ P.IVA: _____ Codice Fiscale: _____ Codice Destinatario: _____ Codice IPA (Indice Pubbliche Amministrazioni – Codice Univoco Ufficio): Email PEC fatturazione elettronica (facoltativo):

Allegare documento di identità del Cliente (Persona Fisica) o, in caso di Società, del Legale Rappresentante. Il presente modulo deve essere inviato utilizzando il form www.a2asmartcity.it nell'area "Area Contatti".

ASSISTENZA AMMINISTRATIVA COMMERCIALE E **TECNICA**

TELEFONO



dal Lunedì al Venerdì dalle 8:00 alle 17:00 WEB FORM sul nostro sito sul nostro sito nell'area AREA BISOGNO DI NOI, CONTATTACI per invio di richieste o segnalazioni