



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

Trasloco

Il/La sottoscritto/a _____
(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. Il costo minimo della procedura di trasloco è di € 500,00

Informazioni fiscali e di fatturazione

Indirizzo di fatturazione: _____

Codice Fiscale: _____ P.IVA: _____

Codice Destinatario: _____

Codice IPA (Indice Pubbliche Amministrazioni – Codice Univoco Ufficio): _____
Codice IPA da compilare solo per Pubbliche Amministrazioni in alternativa al Codice Destinatario.

Email PEC fatturazione elettronica (facoltativo): _____

Ente non a scopo di lucro: Sì No

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

Luogo e data _____

Firma _____