

Al Comune di
Castelnuovo del Garda

Oggetto: **comunicazione coordinate IBAN per il pagamento di benefici/rimborsi.**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

telefono: _____

indirizzo di posta elettronica: _____

CHIEDE

che il pagamento di _____

venga accreditato sul c/c bancario/postale o carta di credito intestato a ¹:

nome completo della banca: _____

e indirizzo (filiale presso la quale il conto è stato aperto: *indicare via, numero, cap, città*):

IBAN:

Codice Nazionale (2 lettere)	Codice di Controllo (2 cifre)	CIN (1 lettera)	A.B.I. (5 cifre)	C.A.B. (5 cifre)	N. Conto (12 caratteri)

firma

data _____

Le richieste non verranno considerate se il presente modulo non è stato compilato in tutte le sue parti.

¹ Il conto corrente deve essere intestato al richiedente