

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Cod.fiscale _____ telefono _____ intestatario della fattura

n° _____, autorizzo l'accredito del rimborso a favore del

Sig. _____ nato a _____ il _____ cod.fiscale _____

telefono _____ intestatario

dell'IBAN _____

Si allegano fotocopie di tessere sanitarie e carta identità di entrambi i Signori.

Intestatario Fattura

Intestatario IBAN
