

Spett.le
DATACONTACT S.R.L.
VIA LAZAZZERA, 1
75100 MATERA

Matera,

Oggetto: richiesta prelievo card fidata

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____

il _____ e residente a _____ in Via _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

RICHIEDO

il prelievo a chiusura della mia card Fidata n. _____ relativa alla stagione

Fidata _____

Allegati: copia documento di riconoscimento
 copia card Fidata

FIRMA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003.

Data _____

Firma _____