



MODELLO di RICHIESTA VARIAZIONE MODALITÀ DI PAGAMENTO

Cognome	
Nome	
Precedente modalità di pagamento: indicare	

NUOVA MODALITÀ di PAGAMENTO RICHIESTA

Assegno	<input type="checkbox"/>		
Da inviare a:			
Via:			
Indicare se è domicilio, residenza o altro			
Numero		CAP	
Città			
Provincia			
Cognome sul campanello			

Bonifico	<input type="checkbox"/>
Presso Istituto	
FILIALE	
ABI	
CAB	
C/C	
IBAN	

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_