

Bobbio, li ___/___/_____

Spett.le COMUNE DI BOBBIO
P.tta Santa Chiara
29022 BOBBIO (PC)

ALLA C.A. Ufficio Tributi

Il/La sottoscritto _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in via _____ C.F. _____
recapito telefonico _____ in qualità di rappresentante dell'Associazione

CHIEDE

Il rimborso di € _____, _____ per il pagamento COSAP effettuato in data ___/___/_____
e dichiara sotto la sua responsabilità:

MOTIVAZIONI:

Si chiede inoltre che il rimborso avvenga tramite:

accredito sul C/C/P n° _____ Ufficio Postale di _____
IBAN _____

accredito sul C/C/B n° _____ Banca _____
IBAN _____

Ringraziando per la gentile collaborazione si porgono distinti saluti.

IL/LA DICHIARANTE
