

NOME

COGNOME

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

INDIRIZZO RESIDENZA

CITTÀ

PROV. CAP

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

CODICE FISCALE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DOCUMENTO D'IDENTITÀ (tipo)

N.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

RECAPITO TELEFONICO (per comunicazioni)

EMAIL (per comunicazioni)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

in proprio

in qualità di legale rappresentante

(barrare la casella corrispondente)

DITTA

P.IVA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

SEDE

CITTÀ

PROV. CAP

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

NUMERO OGGETTO DEL DISSERVIZIO

OPERATORE

COD. CLIENTE

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Dichiaro di aver ricevuto fatturazione 28 giorni dal mio operatore per la linea telefonica fissa o pay tv nel periodo da giugno 2017 ad aprile 2018, di non aver accettato eventuali soluzioni compensative (es. giga, minuti, ecc.) offerte dall'operatore.

OGGETTO DELL'INCARICO/RIMBORSO

Rimborso fatturazione 28 giorni per linea fissa o pay tv € 100,00

Oggetto dell'incarico legale conferito che è stato concordato tra avvocato e cliente e/o eventuale importo richiesto all'operatore telefonico a titolo di rimborso per il disservizio

subito e ritenuto da quest'ultimo satisfattivo. Il cliente si dichiara consapevole che trattasi di quantificazione indicativa che non costituisce promessa di risultato. Confermo la veridicità dei dati sopra inseriti con promessa di rato e valido del mandato conferito e mi impegno a tempestivamente comunicare eventuali variazioni degli stessi nonché fornire eventuale ulteriore documentazione richiestami per l'espletamento ed il buon esito della pratica.

LUOGO, DATA

| |
|--|
| |
|--|

(firma)

| |
|--|
| |
|--|

(spazio riservato all'ufficio)

CONCILIAZIONE organismo _____ istanza _____ udienza _____

CITAZIONE ufficio _____ udienza _____ iscr.ne _____

RICORSO ufficio _____ udienza _____

D.I. ufficio _____ emesso _____

SLLS Studio Legale Lioia Santamaria

(71122) Foggia (FG) Via Giulio De Petra 1 - tel./fax 0881.31.17.61
(20121) Milano (MI) Via Bagutta 13 - tel./fax 02.82.39.89.92
segreteria@slls.it - www.slls.it - P.I. 03568810711