

_____, LI _____

SPETT.LE
COMUNE DI SAN FELICE D/B
UFFICIO TRIBUTI
Via XX Settembre, 11
25010 - SAN FELICE D/B. BS
Fax 0365 558623

OGGETTO:- RICHIESTA RIMBORSO VERSAMENTO DEL _____

PER _____

EFFETTUATO DA: _____.-

Il sottoscritto _____

Nato a _____, il _____ c.f. _____

residente in _____ Via _____ N. _____,

CAP _____ tel. _____ e-mail: _____

(in qualità di _____ - da compilare se il richiedente è diverso dall'intestatario del tributo);

CHIEDE

IL RIMBORSO DELLE SOMME ERRONEAMENTE VERSATE IN DATA PER

Avendo già provveduto al pagamento, come da ricevute allegate, chiede il rimborso mediante:

- bonifico bancario da effettuare alle seguente coordinate
Banca:
IBAN:
BIC/SWIFT (per bonifici su conti esteri):
- contanti da ritirare presso la tesoreria comunale

Distinti saluti.-

IN FEDE

ALLEGATI:

- COPIA DEL PAGAMENTO EFFETTUATO
- DOCUMENTAZIONE A CONVALIDA RICHIESTA DI RIMBORSO-