

**TRIBUTO COMUNALE SUI RIFIUTI
RICHIESTA DI RIMBORSO**

Spett.le
ASVO S.P.A. - UFFICIO UTENTI
Via D. Manin 63/a
30026 PORTOGRUARO
Fax 0421.275848

Il sottoscritto _____

Residente a _____

In Via _____ n. civico _____

Codice fiscale/P.I _____

Per eventuali comunicazioni: Telefono _____ e-mail _____

In riferimento alla bolletta n.° _____ del _____

CHIEDE

Il rimborso per le somme versate in eccedenza, relative all'anno _____ di importo pari ad euro _____ in quanto:

- E' stato effettuato un versamento maggiore di quello addebitato
- Altro (indicare motivi) _____

Il rimborso dovrà avvenire con le seguenti modalità:

- Bonifico domiciliato pagabile presso gli uffici postali.
- Accredito presso la banca _____ Coordinate bancarie (IBAN): _____
- Mediante compensazione su fattura successiva.

Si allega:

- Copia bollettini
- _____

I pagamenti di importo superiore ad euro 1.000,00, dovranno essere effettuati esclusivamente mediante accredito su conti correnti bancari, postali od altri strumenti di pagamento elettronici prescelti dal beneficiario (art. 12 D.L. 201/2011).

Data _____

Il richiedente
