

_____, 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. _____
(in qualità di _____ di _____);

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-