MODULO RIMBORSO

Spett.le
SAVDA S.p.A.
Strada Pont Suaz, 6
11100 AOSTA (AO)

OGGETTO: **RICHIESTA DI RIMBORSO**

Il sottoscritto _____ ,

residente in _____ , **CAP** _____ ,

via _____ , **n.** _____ ,

tel _____ , **e-mail**_____,

chiede il rimborso dei biglietti

n. _____ ; **n.** _____ ;

n. _____ ; **n.** _____ ;

annullati regolarmente in data _____ ,

☐ **presso Biglietteria autorizzata**

☐ **via Fax al n° +39 0165 36 70 70**

☐ **on-line sul sito www.savda.it**

Ai fini del rimborso, notifico le mie coordinate bancarie

c/c intestato a: _____

Banca/Posta: _____

Codice IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Il Codice IBAN è composto obbligatoriamente da 27 caratteri alfanumerici

Si allega

- **biglietti in originale**
- **copia di un documento d'identità**

Data _____ **Firma del richiedente** _____

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 **Firma** _____