



Comune di Altopascio



Altopascio_____

a.c. **Samarcanda**
Società Cooperativa Sociale arl Onlus

RICHIESTA ALLACCIAMENTO LAMPADA VOTIVA

Il sottoscritto : _____ nato/a _____

Prov. _____ il _____ residente a _____ P.za/Via _____ n° _____

c.f. _____ tel. _____ e-mail _____

in qualità di _____

CHIEDE:

Allacciamento

Voltura

Disdetta

DELLA LAMPADA VOTIVA PER LA SEGUENTE SEPOLTURA

Nome defunto: _____

Cimitero e Coordinate sepoltura: _____

SI IMPEGNA

a corrispondere all'Amministrazione Comunale, tramite il nuovo Gestore dell'Impianto di Illuminazione Votiva, la somma, stabilita dalla Giunta Comunale relativa a costi di allacciamento, abbonamento annuo. Effettuando tale pagamento tramite:

bollettino postale: **C/C n° 12256 intestato al comune di Altopascio ufficio tesoreria.**

Bonifico bancario: **Tesoreria Comunale Altopascio**

BANCO BPM fil. Altopascio via Firenze n°9

IBAN:IT97N0503470081000000001915 SWIFT:BAPPIT21S09

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Referente del servizio: 3345036366

Via G. Manfredi,6-50136 FIRENZE – Tel. 055 691058—Fax 055 6557622- e-mail:info@coop-samarcanda.it
Cod . Fisc. 01142740479 – Part. IVA 04697190488- Iscrizione Albo cooperative A113829