

INDIRIZZI DI INVIO DEL MODULO:
- per l'Esercente inviare una PEC all'indirizzo:
incassi.postepay@pec.posteitaliane.it
- per Ufficio Postale o Venditore Poste Italiane
utilizzare i consueti indirizzi

COMUNICAZIONE DEL RECESSO DAL SERVIZIO ACQUIRING E-COMMERCE POSTEPAY TANDEM - POS VIRTUALE / CESSAZIONE / CHIUSURA PUNTI VENDITA

Il/La sottoscritto/a
con Codice Fiscale n.
in qualità di Richiedente/Rappresentante munito di idonei poteri dell/Ia seguente Pubblica Amministrazione/Società/Associazione/Impresa Individuale o
Libero Professionista.
Ragione/Denominazione Sociale/Cognome e Nome:
Partita IVA:
Codice Fiscale:
Codice Cliente:

SEZIONE 1 – RECESSO

Con riferimento al contratto stipulato con PostePay S.p.A. - Patrimonio destinato IMEL, comunica l'intenzione di voler recedere dal Servizio Acquiring
E-commerce PostePay Tandem - Pos Virtuale.
A tal fine dichiara di essere consapevole ed accettare che PostePay provvederà, anche a mezzo di eventuali soggetti terzi incaricati da PostePay, di
porre in essere tutte le iniziative tecniche necessarie per disabilitare il Servizio.

Motivo del recesso (compilazione facoltativa - barrare una o più caselle):

- Cessazione Attività
 Inutilizzo
 Migliori condizioni concorrenza
 Chiusura del conto corrente collegato al servizio di Acquiring
 Altro.....

SEZIONE 2 – CESSAZIONE/CHIUSURA DI UNO O PIÙ PUNTI VENDITA (DI SEGUITO “PV”)

(qualora la cessazione/chiusura richiesta riguardi tutti i Punti Vendita attivi al Servizio Acquiring E-commerce PostePay Tandem - Pos Virtuale, compilare
la Sezione 1 “RECESSO”)

Con riferimento al contratto stipulato con PostePay S.p.A. - Patrimonio destinato IMEL, comunica la cessazione/chiusura del/i Punto/i Vendita di seguito
indicato/i:

- Codice PV
 Codice PV
 Codice PV
 Codice PV

A tal fine dichiara di essere consapevole ed accettare che PostePay provvederà, anche a mezzo di eventuali soggetti terzi incaricati da PostePay, di
porre in essere tutte le iniziative tecniche necessarie per disabilitare il Servizio.

Luogo e Data

FIRMA (del Richiedente/Timbro della Società/Ditta/PA e firma del Rappresentante munito di idonei poteri)

SEZIONE RISERVATA AL COLLOCATORE

Da compilare solo nel caso di richiesta effettuata tramite Ufficio Postale o Venditore Poste Italiane

Ufficio Postale (*) Frazionario.....

Matricola dell'Incaricato del Collocatore

(*) Ufficio presso il quale è intrattenuto il Rapporto di Acquiring

AVVERTENZA:

Il presente Modulo deve essere accompagnato dalla copia del Documento di riconoscimento e del Codice Fiscale del Richiedente/Rappresentante Legale