

INVIARE A:

- In caso di utilizzo di PEC:
incassi.postepay@pec.posteitaliane.it
- In caso di utilizzo di Raccomandata:
PostePay S.p.A
c/o, Customer Operations Posteitaliane -
Centro Servizi Fiumicino
Via Gino Cappannini, 2
00054 Fiumicino

SERVIZIO DI ACQUIRING POSTEPAY CODICE

- Recesso dal Servizio

- Cessazione/chiusura punti vendita

Il/La sottoscritto/a
con Codice Fiscale n.
in qualità di Richiedente/Rappresentante munito di idonei poteri del/la seguente Pubblica Amministrazione/Società/Associazione/Impresa Individuale o Libero Professionista.
Regione/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 DI ACQUIRING POSTEPAY CODICE.
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 DI ACQUIRING POSTEPAY CODICE, 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 e firma del Rappresentante munito di idonei poteri)

AVVERTENZA:

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