

RICHIESTA DI RIMBORSO DEL COMPENSO PER COPIA PRIVATA PER MEMORIA IN CLOUD

(utente utilizzatore finale)

Oggetto: richiesta di rimborso del compenso per copia privata.

Il sottoscritto....., nato a.....

il.....Codice fiscale/P.IVA.....

Indirizzo.....CAP.....Città.....

E-mail:.....Numero telefono:.....

da compilare se il richiedente è soggetto diverso da persona fisica

in qualità di titolare/legale rappresentante di:

.....
(ragione sociale e/o denominazione sociale)

Partita IVA:..... Codice fiscale:.....

Sede :.....CAP:.....Città:.....

PEC:..... Numero telefono:.....

- consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti/documenti falsi, anche in caso di esibizione di atti/documenti contenenti dati non corrispondenti a verità, nonché delle sanzioni previste dalla legge ed in particolare di quelle di cui agli artt. 485 c.p. (Falsità in scrittura private), 489 c. p.(Uso di atto falso), e 640 c.p. (Truffa), dichiara che i dati contenuti nel presente documento corrispondono a verità e ne assume piena ed esclusiva responsabilità

chiede

il rimborso del compenso per copia privata dell'importo di €..... per la seguente fattispecie:

TRIMESTRE DELLA/E FATTURA/E:

PRODOTTI PER I QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO

	MEMORIA IN CLOUD o SPAZIO DI MEMORIZZAZIONE IN CLOUD	SPAZIO CLOUD (GB)	TOTALE COMPENSO COPIA PRIVATA
	TOTALE		€

MODALITA' DI PAGAMENTO:

BANCA	INDIRIZZO
N. C/C	CIN ABI CAB
(12 caratteri alfanumerici senza spazi/punti/barre)	
IBAN	

Data

In fede