

COMUNICAZIONE DEI DATI ANAGRAFICI E/O SOCIETARI DEL/DEI BENEFICIARIO/I DEL RIPARTO

Vorrete restituire il presente modulo compilato e sottoscritto alla Procedura al seguente indirizzo:

A MEZZO PECfarolca@pec.faroass.it**A MEZZO RACCOMANDATA**Faro Assicurazioni e Riassicurazioni spa in lca
Piazza Piccapietra 73/1 – 16121 GENOVA GE**DICHIARAZIONE** Si dichiara che sono intervenute le seguenti variazioni della titolarità della posizione creditoria come attestato dalla documentazione allegata, di cui si dichiara la conformità agli originali ex art. 47 D.P.R. 445/2000 per il seguente motivo:

-
- Fusioni, Scissioni, Liquidazioni -
-
- Procedura Concorsuali -
-
- Successione
-
-
- Cessioni di Azienda -
-
- Cessioni di Credito -
-
- Altro

oppure Si dichiara che non sono intervenute variazioni della titolarità della posizione creditoria**Si indicano i dati anagrafici o societari del beneficiario:**

Denominazione	
Indirizzo	
CAP - Città	
Partita IVA	
Codice Fiscale	
Mailbox ordinaria	
PEC	
Telefono	

Si indicano le coordinate IBAN intestate al beneficiario:

IBAN	
BIC/SWIFT	
Beneficiario	

data

firma