



AUTORIZZAZIONE DI PAGAMENTO CON CARTA DI CREDITO

Da inviare tramite mail all'indirizzo servizioclienti@iccom.it o tramite fax al numero 0110432546 allegando la fotocopia fronte e retro della Carta di Credito

ATTENZIONE: i campi sono tutti da compilare obbligatoriamente se si intende aderire all'offerta ICCOM con questa modalità di pagamento

DATI PERSONALI DELL'INTESTATARIO DEL CONTRATTO

Nome _____ Cognome _____
Sesso M F
Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____
Indirizzo abitazione di riferimento _____ Numero Città _____
CAP _____ Prov. _____

RICHIESTA DI PAGAMENTO CON CARTA DI CREDITO

Il Titolare della carta può anche essere diverso dall'intestatario del contratto

Tipo di Carta di Credito _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____
Sesso M F
Codice Fiscale _____
Numero di Carta di Credito |-----| Scad. (mm/aa) |---| CVV |---|

Firma del Titolare della Carta _____

La firma conferma la volontà del Cliente di effettuare il pagamento delle somme dovute a titolo di corrispettivo dei Servizi per mezzo Carta di Credito. Conferma, inoltre, l'impegno del Cliente di comunicare ad Iccom qualunque variazione relativa alla Carta stessa. Con la firma il Cliente presta il proprio consenso alla comunicazione da parte del soggetto che ha emesso la Carta di Credito a Iccom di ogni variazione dei dati identificativi della Carta stessa, anche se effettuata in anticipo rispetto alla comunicazione a lui diretta.

Data _____ Il Cliente _____