

Spett.le
Telepass S.p.A.
Via Laurentina 449
00142 Roma

RICHIESTA CESSAZIONE CONTRATTO TELEPASS FAMILY N. _____

Il sottoscritto

NOME * _____

COGNOME * _____

CODICE FISCALE* _____

INDIRIZZO RESIDENZA * _____

N° CIVICO * _____

LOCALITÀ* _____

CAP* _____

PROV * _____

CONTRATTO TELEPASS N. * _____

con la presente chiede la cessazione del contratto Telepass sopra indicato

Al fine dell'espletamento della richiesta, si allega: Fotocopia di documento d'identità

LUOGO E DATA

FIRMA LEGGIBILE DEL CLIENTE

I dati con * sono obbligatori.