

INDIRIZZI DI INVIO DEL MODULO:

- per l'Esercente inviare una PEC all'indirizzo:
incassi.postepay@pec.posteitaliane.it

- Per Ufficio Postale o Venditore Poste Italiane
inviare al **Centro Servizi di riferimento**

COMUNICAZIONE DEL RECESSO DAL SERVIZIO ACQUIRING POSTEPAY CODICE / 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.

Ragione/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 / PA e firma del Rappresentante munito di idonei poteri)

.....

SEZIONE RISERVATA AL COLLOCATORE
Da compilare solo nel caso di richiesta effettuata tramite Ufficio Postale o Venditore Poste Italiane

Ufficio Postale Frazionario

Matricola dell'Incaricato del collocatore
.....

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