

# Modulo modifiche

Telefono gratuito 0800 55 44 33

Fax gratuito 0800 55 44 34

info@cashgate.ch

www.cashgate.ch

La preghiamo di informarci su eventuali modifiche utilizzando questo modulo. Grazie!

## Informazioni personali

Titolo	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signore
Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Via / n°	<input type="text"/>
NPA	<input type="text"/> Cantone <input type="text"/>
Località	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/> / <input type="text"/>
N. contratto	<input type="text"/>
N. cliente	<input type="text"/>

## Modifica dell'indirizzo

Via / n°	<input type="text"/>
NPA	<input type="text"/> Cantone <input type="text"/>
Località	<input type="text"/>
Valido dal	<input type="text"/>

## Modifica del nome Per favore allegare una nuova copia del documento d'identità valido

Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>

## Cambiamento relazione bancaria per l'addebito diretto Attenzione: dobbiamo essere in possesso di questo documento almeno 10 giorni prima del pagamento della prossima rata.

Banca	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
N. clearing	<input type="text"/>

Con la mia firma autorizzo cashgate a prelevare le rate relative al mio contratto di credito / leasing a carico del mio conto.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Luogo, data</b>	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Firma</b>	<input type="text"/>

Voglia cortesemente inviare il presente formulario al seguente indirizzo:

cashgate SA, Bionstrasse 4, Casella postale, 9001 San Gallo

**cashgate.**

**credit & leasing**

Partner di rinomate banche svizzere.