

 <p>MULTIFIDI CONSORZIO DI GARANZIA FIDI</p>	<p>Multipla Confidi Società Cooperativa per Azioni 97013 – Comiso (RG) Via Leonardo Sciascia, n. 98 Partita IVA e Codice Fiscale n. 01310640881 tel. 0932/721096 fax 0932/732055 numero verde 800 910 267 www.multifidi.it info@multifidi.it Iscrizione Albo Cooperative a mutualità prevalente: A170370 N. iscrizione Banca d'Italia Sezione Intermediari Finanziari ex art. 155 c. 4: 37429</p>
--	--

GENERALITA' DEL CLIENTE RECLAMANTE

Il sottoscritto _____ Nato a _____ (_____)
 il _____ Codice Fiscale _____ Residente a _____ (_____)
 in via _____ nella qualità di Titolare/Legale Rappresentante della
 Ditta _____ con sede a _____
 (_____) in via _____ Codice Fiscale _____
 Partita IVA _____ telefono _____
 fax _____ cell. _____ e-mail _____

OGGETTO E MOTIVO DEL RECLAMO:

.....

Si allegano alla presente i seguenti documenti:
 - Fotocopia Documento di riconoscimento del cliente reclamante
 - Fotocopia documentazione utile probatoria oggetto del reclamo
 - altro (specificare).....

Data consegna Reclamo ____/____/____	Firma del reclamante _____
--------------------------------------	----------------------------

Parte riservata all'Ufficio Reclami di Multifidi

Valutazione Reclamo

Risposta al Reclamo:
 Reclamo Accolto Reclamo Rigettato

Eventuali motivazioni

In caso di Reclamo Accolto: iniziative che verranno intraprese a soddisfazione del reclamante:

In caso di Reclamo Rigettato: motivazioni del Rigetto del Reclamo:

Data Risposta al Reclamo ____/____/____	Firma del Responsabile Ufficio Reclami _____
---	--

