

MODULO RICHIESTA DI RIMBORSO

Io sottoscritto _____

Legale Rappresentante della ditta _____

Matricola Inps _____

Chiedo il rimborso della somma di € _____, versato con F24 in data
____/____/____.

Causale richiesta di rimborso:

Contributi INPS;

Doppio versamento;

Errato Importo;

Altro CCNL;

Altro

Note:

Coordinate Bancarie Intestatario:

IBAN:

Vostro Contatto:

Nome: _____ Cognome: _____

Tel: _____ E-mail: _____

Il sottoscritto _____ è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni.

Data,

Firma

Allegati:

- 1) Copia documento di identità
- 2) Quietanza F24

Da inviare a mezzo pec all'indirizzo ebnt.info@pec.it e all'EBT territorialmente competente