

# Modulo modifica titolare account

## Preselezione automatica operatore ACN

Si prega di compilare il presente modulo, stamparlo, apporre data e firma ed inviarlo ad ACN per posta o fax:

**Recapito posta:**  
ACN Europe BV  
Casella Postale 90364  
1006 BJ Amsterdam, Paesi Bassi

**Fax:**  
+39 02 3601 0914

### 1 Dati attuali cliente

Numero account

*Indicare le ultime 8 cifre del numero di account ACN. Il numero di account è riportato sulla fattura ACN emessa a tuo nome.*

Nome titolare account attuale (come riportato sulla fattura ACN)

### 2 Dati nuovo cliente

Si prega di notare che ACN richiede almeno 10 giorni lavorativi di notifica.

Nome titolare account nuovo

Clienti residenziali

Data di nascita (GG/MM/AAAA)

Clienti aziendali

N. iscrizione Camera di Commercio

Persona di riferimento

Selezionare la casella corretta:

L'indirizzo non subisce modifiche

Nuovo indirizzo

*Si prega di compilare i campi sottostanti con i dati del nuovo indirizzo*

Via/v.le/p.zza

Num civico

CAP

Dati supplementari indirizzo

Città

### 3 Autorizzazione cliente

Io sottoscritto, attuale titolare del servizio ACN, sono a conoscenza e do atto che successivamente al cambio di intestatario del account cliente, perderò il diritto di accedere e modificare i dati relativi a detto account.

Firma titolare attuale \_\_\_\_\_

Data

Io sottoscritto, nuovo cliente del servizio ACN, sono a conoscenza e do atto che, successivamente al trasferimento a mio nome del presente account ACN, sarò tenuto a risponderne in prima persona e ad adempiere ai relativi obblighi, ivi compreso l'obbligo di pagamento delle fatture.

Firma nuovo cliente \_\_\_\_\_

Data