

RIFERIMENTI PER L'INVIO DEL MODULO:

revoche@worldlineitalia.it

**COMUNICAZIONE DEL RECESSO DAL SERVIZIO ACQUIRING CESSAZIONE / CHIUSURA PUNTI
VENDITA POS FISICO - POS VIRTUALE - CLICPAY**

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 della società :

Ragione/Denominazione Sociale/Cognome e Nome :
Partita IVA :
Codice Fiscale :
Codice Punto vendita :

☐ SEZIONE 1 – RECESSO

Con riferimento al contratto stipulato con **Worldline Merchant Services Italia S.p.A.** comunica l'intenzione di voler recedere dal Servizio Acquiring

- ☐ POS Fisico con codice/i punto vendita.....
.....
☐ Pos Virtuale - ClicPay con codice/i punto vendita
.....

A tal fine dichiara di essere consapevole ed accettare che **Worldline Merchant Services Italia S.p.A.** provvederà a porre in essere tutte le iniziative tecniche necessarie per la disabilitazione del Servizio e il ritiro del Pos se fornito in comodato d'uso.

Inserire di seguito il motivo del recesso:

- | | |
|---|--|
| ☐ Cessazione Attività/cessione Attività/chiusura punto vendita | ☐ Cambio di ragione sociale |
| ☐ Inutilizzo | ☐ Problemi con il servizio erogato |
| ☐ Migliori condizioni economiche | ☐ Ritardo nell' installazione |
| ☐ Chiusura del conto corrente collegato al servizio di Acquiring | ☐ Modifica unilaterale delle condizioni |
| ☐ Incompatibilità modello | |
| ☐ Altro..... | |

☐ SEZIONE 2 – CESSAZIONE/CHIUSURA DEI SINGOLI TERMINALI ASSOCIATI AL PUNTO VENDITA (DI SEGUITO "TML")

(qualora la cessazione/chiusura richiesta riguardi tutti i Punti Vendita attivi al Servizio compilare la Sezione 1 "RECESSO"):

Di seguito l'elenco dei codici TML da disattivare:
.....

La informiamo che l' eventuale ritiro del pos avverrà entro 30 giorni dalla richiesta di recesso.

Indicare l'indirizzo presso il quale effettuare il ritiro del POS FISICO:

Indirizzo.....
Località
Provincia CAP Nome e cognome riferimento
Preferenza orari contatto

Luogo e Data

FIRMA

(del Richiedente/Timbro della Società/Ditta/PA e firma del Rappresentante munito di idonei poteri)

.....