

RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE AZIONI SOTTOSCRITTE E VERSATE

Spett.le

**Consiglio di Amministrazione
della Cooperativa Artigiana
di Garanzia della Provincia di Trento**
Via San Daniele Comboni, 7/9
38100 TRENTO

La Ditta
con sede in via
a seguito della cancellazione da libro soci della Cooperativa avvenuta in data

CHIEDE

IL RIMBORSO DELLE AZIONI SOTTOSCRITTE E VERSATE

LA DEVOLUZIONE DELLE AZIONI SOTTOSCRITTE E VERSATE ALLA COOPERATIVA PER GLI SCOPI SOCIALI

Per la richiesta di rimborso:

Nominativo al quale vanno rimborsate le azioni:
.....

Indirizzo:.....

Numero di telefono per eventuali comunicazioni:

Istituto di Credito - Agenzia	Codice IBAN (27 caratteri alfa numerici)

Coordinate bancarie per bonifico

Data Firma

NOTA BENE:

Come previsto dall' articolo 2535 del Codice Civile e dall' articolo 12 dello Statuto Sociale, il rimborso delle azioni sarà effettuato entro 180 giorni dalla data di approvazione del Bilancio in cui si è verificata la perdita della qualità di socio.