Azienda Multi Servizi S.p.A.
Società con socio unico **soggetta a direzione e coordinamento del Comune di S. Benedetto del Tronto**
Via T. Mamiani, 29 - 63074 San Benedetto del Tronto (AP)
Cod.fisc., p.iva e nr. iscrizione registro imprese AP **01219810445 -** Rea nr. 120787
Tel. 0735/659885 - Pec ams-tributi@pec.sbt.it

CITTÀ DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

RICHIESTA RIMBORSO ERRATO VERSAMENTO IMPOSTA SOGGIORNO

(da trasmettere mediante pec a ams-tributi@pec.sbt.it)

_ l_ sottoscritt_____nat_ a _____

prov._____il ___/___/_____residente a _____

prov._____via/piazza _____

n._____CAP_____telefoni_____-_____

fax_____e-mail_____

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

in qualità di AGENTE CONTABILE

con riferimento alla struttura ricettiva _____

ubicata in _____

CIR/CIN _____

Gestita da società/ditta _____

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ P.IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

sede legale _____

DICHIARA

Consapevole che nel caso in cui il rimborso derivi da somme corrisposte in eccedenza dagli ospiti, gli stessi dovranno essere debitamente informati e rimborsati, che in data _____ ha effettuato il versamento dell'imposta di soggiorno di € _____ relativo al periodo _____ _____ anno _____ in eccedenza rispetto al dovuto poiché:

- ☐ Comunicazione periodica errata, per cui provvederà a trasmettere all'ufficio competente, contestualmente alla presente istanza, le correzioni intervenute (esempio: ospiti, pernottamenti totali, pernottamenti tassabili, esenzioni, etc.)
- ☐ ha effettuato un versamento maggiore rispetto a quello calcolato dalla comunicazione del periodo _____ anno _____

CHIEDE

il rimborso di euro _____da accreditare sul conto corrente intestato a _____ _____ iban _____

data_____ Firma _____

N.B. Allegare documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante