

MODULO REGISTRAZIONE**Consorzio BANCOMAT – Presidio Segnalazioni**

Tipo di comunicazione: INSERIMENTO__ VARIAZIONE__ ANNULLAMENTO__

Da inviare compilato tramite posta elettronica al seguente indirizzo:

segreteria.consorziobancomat@abi.it

Luogo: _____ Data: _____

Rilevazione utenti abilitati allo scambio di informazioni con il Consorzio BANCOMAT, relative alle segnalazioni di eventi fraudolenti BANCOMAT / PagoBANCOMAT.

AREA1 - DATI BANCA	
BANCA	
CODICE ABI	
Indirizzo posta elettronica di riferimento	Presidio.Segnalazioni@_____ (dominiobanca.it)

AREA2 – PERSONE ABILITATE – Referente 1	
Nominativo	
Ufficio / Servizio	
Telefono fisso	
Cellulare	
Indirizzo di posta elettronica	

Sede Legale:Piazza del Gesù, 49 - 00186 Roma
C.F. 04949971008 - P. IVA 09591661005**Sede Operativa:**Piazza del Gesù, 46 - 00186 Roma
Tel. 06.6767.482 - Fax 06.6767.554
segreteria.consorziobancomat@abi.it
www.consorziobancomat.it**Ufficio Tecnico:**Piazza del Gesù, 46 - 00186 Roma
Tel. 06.69717.1 - Fax 06.6767.555
ut.consorziobancomat@abi.it
omologazione.consorziobancomat@abi.it



AREA2 – PERSONE ABILITATE – Referente 2	
Nominativo	
Ufficio / Servizio	
Telefono fisso	
Cellulare	
Indirizzo di posta elettronica	

AREA2 – PERSONE ABILITATE – Referente 3	
Nominativo	
Ufficio / Servizio	
Telefono fisso	
Cellulare	
Indirizzo di posta elettronica	

Nel caso in cui la Banca faccia riferimento a un Gruppo Bancario:

BANCA CAPOGRUPPO	
ABI	
Ragione Sociale Capogruppo	

Data _____

Timbro e firma del Responsabile Area _____