*Modulo per inoltro del Reclamo*

*Spettabile*

**Banca Cras Credito Cooperativo Toscano-Siena**

**Ufficio Reclami**

**Via del Crocino 2**

**53018 Sovicille (Si)**

**Fax: 0577-314471**

**Posta elettronica:** [**reclami@cras.it**](mailto:reclami@cras.it)

**PEC:** [**compliance@cras.legalmail.it**](mailto:compliance@cras.legalmail.it)

|  |  |
| --- | --- |
| CLIENTE PERSONA FISICA | |
| Cognome e nome |  |
| Nato il |  |
| Documento di identità |  |
| Indirizzo |  |
| Recapito telefonico |  |
| Recapito email |  |
| Categoria/professione |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CLIENTE PERSONA GIURIDICA O ENTE** | |
| Denominazione o ragione sociale |  |
| Natura del soggetto |  |
| Partita Iva |  |
| Indirizzo della sede legale |  |
| Recapito telefonico |  |
| Recapito email |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE  *(per società, minore, interdetto, ecc.)* | |
| Cognome e nome |  |
| Nato il |  |
| Documento di identità |  |
| Indirizzo |  |
| Recapito telefonico |  |
| Recapito email |  |

**OGGETTO DEL RECLAMO**

|  |  |
| --- | --- |
| RAPPORTO GIURIDICO | |
| Tipo ed estremi del rapporto  *(conto corrente, mutuo, ecc)* |  |
| Filiale di riferimento |  |
| Intestatario del rapporto |  |
| OPERAZIONE | |
| Estremi dell’operazione |  |
| Filiale di riferimento |  |
| Elementi descrittivi dell’operazione |  |
| CONTESTAZIONE | |
| Descrivere brevemente il comportamento o l’omissione contestata alla Banca. |  |
| Descrivere brevemente l’eventuale richiesta del cliente. |  |

Documenti allegati dal cliente:



**Data Firma del cliente / legale rappresentante**