

Istruzione per la compilazione

FORM CONSUMATORE

- Compilare in stampatello
- Spedire il presente modulo con raccomandata (A/R) debitamente compilato a:
Sisal Lottery Italia S.p.A – Servizio Gestione Reclami– Via Ugo Bassi, 6 – 20159 Milano
o all’indirizzo di posta certificata: sisal.reclami@lamiaptec.it

DATA

Spett.le
Sisal Lottery Italia S.p.A
Servizio Gestione Reclami
Via Ugo Bassi, 6
20159 MILANO

Cognome

Nome

Indirizzo _____

E mail _____ *fax* _____ *n. cell* _____

BREVE DESCRIZIONE DEI FATTI E OGGETTO DEL RECLAMO

Inviando il modulo dichiari di aver preso visione della Web Privacy Policy ([INFORMATIVA PRIVACY](#)) e di aver compreso le informazioni fornite da Sisal Lottery Italia S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

FIRMA

Documenti allegati

Desidero ricevere una risposta via e-mail via fax raccomandata A/R