



Depositi a termine Richiesta di apertura

Dati del cliente:

Conto di addebito

- Conto CHF
 Conto di risparmio
 Conto di risparmio 60+
 Conto EUR
 Conto USD

N. conto _____

Cognome /
Ditta _____

Nome _____

Via, n. _____

NPA, località _____

Telefono
privato _____Telefono
ufficio _____

Il/i sottoscritto/i fa/fanno richiesta di apertura di depositi a termine alle condizioni riportate in calce e riconosce/riconoscono l'applicabilità delle «Condizioni generali».

Nell'ambito dei rimborsi sono applicabili le condizioni del risp. conto di trasferimento (conto di risparmio, ecc.).

<u>Depositi a termine</u> Mese/i _____ (1 – 12)	<u>Depositi a termine > 1 anno</u> Durata fissa per: <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 7 anni <input type="checkbox"/> 3 anni <input type="checkbox"/> 8 anni <input type="checkbox"/> 4 anni <input type="checkbox"/> 9 anni <input type="checkbox"/> 5 anni <input type="checkbox"/> 10 anni <input type="checkbox"/> 6 anni
---	--

Importo **CHF** _____

Inizio del deposito _____

Importo **EUR** _____

(Di norma due giorni lavorativi bancari dopo l'arrivo alla banca della richiesta)

Importo **USD** _____

Importo minimo **5000 in moneta di conto**; depositi più consistenti devono essere multipli di 1000.

Il conto di addebito summenzionato deve disporre della necessaria copertura.

Data_____
Firma / Firme

Si prega di recapitare la richiesta di apertura debitamente firmata alla vostra succursale (personalmente alla succursale, per fax o per posta).

Spazio riservato alla banca:

Registrato: Data _____ Visto _____ Esente da IP Tasso d'interesse _____