

RICHIESTA DILAZIONE PAGAMENTO

Ufficio Recupero Crediti Contarina Spa
Via Donatori del Sangue, 1
31020 Fontane di Villorba (TV)

Oggetto: Richiesta dilazione pagamento

Con la presente il / la sottoscritt ___ (Cognome, Nome) _____

Titolare dell'utenza non domestica / domestica (barrare il tipo di utenza)

Numero contratto/i: _____ Intestato a:

Cognome _____ Nome _____

Ragione Sociale _____

sita nel Comune di: _____ In via _____

CHIEDE

Di poter dilazionare il debito esistente alla data odierna pari a € _____ *
(specificare importo totale e/o riferimenti fatture)

per le seguenti fatture: _____

In numero _____ * rate.

Ringraziando porgo distinti saluti.

Luogo.....il.....

Firma del titolare utenza

Recapito comunicazioni relative a dilazione: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Cell.: _____

ALLEGARE UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

*(Importo e numero rate saranno soggette a verifiche da parte dell'ufficio competente)