

# 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 (barrare il tipo di utenza) \_\_\_\_\_  non domestica  domestica

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.

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

Recapito comunicazioni relative a dilazione: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità la veridicità delle informazioni rese ed è consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

|                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| Cognome<br>nome: _____       | Data: _____            |
| Titolo: _____                | Firma leggibile: _____ |
| Documento<br>identità: _____ | Emesso da: _____       |