

RICHIESTA DILAZIONE PAGAMENTO

Ufficio Recupero Crediti Contarina Spa
Via Vittorio Veneto, 6
31027 Lovadina di Spresiano (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 nome: _____	Data: _____
Titolo: _____	Firma leggibile: _____
Documento identità: _____	Emesso da: _____