

Mod. 07

RICHIESTA DILAZIONE FATTURE
Titolare del Contratto Gas

Cognome e Nome/ Rag. Sociale

Cod. Fiscale / P. Iva

Cod. Utenza

Telefono / Mail

CHIEDE

 La dilazione delle seguenti fatture _____

Dati Utenza

Ubicazione Fornitura

Totale Fattura

N° Rate richieste

Totale Rata

Scadenze rate

Modalità di pagamento

DICHIARA

di essere a conoscenza che in caso di mancato pagamento (anche di una sola rata) il presente accordo di dilazione perderà automaticamente efficacia con diritto della società Casirate Gs 2 s.r.l. di procedere in via immediata con il recupero coattivo del proprio credito per l'intero importo, oltre interessi, rivalutazione e spese (dedotti gli eventuali acconti versati).

Data _____

Firma _____

Riservato a Casirate Gas 2 S.r.l.

Prot. n.

Pratica N.

N° Contribuente

N° Utenza

Note