RICHIESTA DI RATEIZZAZIONE (Comune di San Gavino, deroga alla normativa in vigore)

Il/la sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A a _____ il _____

RESIDENTE in _____ VIA _____ N. _____

C.A.P. _____ PROV. _____ TEL. _____ E-MAIL _____ @ _____

C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Doc. di riconoscimento _____ n. _____ Rilasciato da _____

In qualità di:

- ❑ TITOLARE
- ❑ LEGALE RAPPRESENTANTE
- ❑ AMMINISTRATORE

dell'UTENZA così identificata:

Contratto/utenza n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Codice Cliente n°** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

intestata a:

- ❑ me medesimo
- ❑ nome impresa _____ p. iva |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- ❑ nome condominio _____ c.f. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RICHIEDE

in regime di eccezionalità, la concessione di un piano di rientro per il pagamento della **fattura** così individuato:

Riferimento fattura/periodo	**Importo in €**

DICHIARA

- di essere consapevole che per poter usufruire della dilazione di pagamento senza applicazione degli interessi di mora e in deroga ai piani di rientro tipici, previsti dal Regolamento del S.I.I., l'utenza è di tipo **domestico** e l'importo della **fattura** è **superiore a € 300**
- di aderire al piano di rientro indicato dal gestore i cui dati essenziali sono rappresentati nella tabella sotto indicata; le **rate** saranno di **uguale importo** in base al numero massimo concedibile, dipendente dall'importo della fattura
- di procedere al pagamento mediante utilizzo di bollettini postali compilati indicando il numero di cliente o utenza, il nominativo del titolare, il numero di fattura, il numero di rata sul **conto corrente postale n° 63006563**, intestato ad Abbanoa spa
- di essere consapevole che in caso di mancato rispetto delle data di scadenza indicate decadrà dalla dilazione (con decorrenza dalla data di scadenza originaria della fattura degli interessi di mora)
- di essere consapevole che la presente richiesta deve essere inoltrata (presso qualsiasi sportello Abbanoa spa, settore gestione clienti, viale Diaz 77, 09100 Cagliari o al numero di fax 0706032297) **entro e non oltre il 20/09/2010**, pena la decadenza dalla dilazione; eventuali richieste pervenute in data successiva al 20.09.2010 saranno considerate richieste ordinarie di rateizzazione e pertanto sarà applicata la normale disciplina vigente (interessi di mora e piano rate previsto dal Regolamento del S.I.I).

Da €	**A €**	**N° clienti**	**n° rate**	**scadenza ordinaria**	**nuova scadenza**			
					I rata	**II rata**	**III rata**	**IV rata**
300	**500**	150	2	28/09/2010	28/09/2010	28/10/2010	*non prevista*	*non prevista*
500	**1000**	46	3	28/09/2010	28/09/2010	28/10/2010	27/11/2010	*non prevista*
1000	**2000**	21	4	28/09/2010	28/09/2010	28/10/2010	27/11/2010	27/12/2010
2000	**3000**	1	4	28/09/2010	28/09/2010	28/10/2010	27/11/2010	16/01/2011

Allega:

☐ fotocopia doc. di riconoscimento (nel caso in cui la richiesta non sia presentata all'operatore Abbanoa)

Luogo e data, _____ Il Cliente _____

(firma leggibile)

RICEVUTA PER IL CLIENTE

Presentazione richiesta in data |_|_|_|_|_|_| Operatore di sportello Matr. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tipologia richiesta RATEIZZAZIONE in regime di eccezione Firma Operatore Abbanoa SpA _____