

Iesniegums par maksājuma atlikšanu

Nr.: _____

Datums: _____

Abonenta vārds, uzvārds/ Nosaukums:	
Abonenta personas kods/ reģ. numurs:	
Parraksttiesīgās personas Vārds, Uzvārds:	
Abonenta korespondences adrese / Juridiskā adrese:	
Abonenta kontakttālrunis:	
Abonenta e-pasts:	

Klienta numurs: _____

Iemesls, kāpēc nevar
veikt maksājumu, ir:

Ar šo garantēju, ka rēķins Nr. _____ par summu _____ tiks apmaksāts līdz _____

Gadījumā, ja manas saistības netiek izpildītas, es piekrītu, ka SIA "BITE Latvija" ir tiesības apturēt pakalpojumu sniegšanu un nodot manu parādu piedziņu parādu piedziņas Komerccabiedrībām saskaņā ar Bites līguma un Privātuma politikas noteikumiem.

Abonenta vārds, uzvārds

Pārdevējs

Abonenta paraksts

Pārdevēja tālrunis uzziņām:

BITE vārdā šo iesniegumu paraksta: