

Spett. le
SARDALEASING SPA
Via IV Novembre 27
07100 SASSARI

**DOMANDA DI RINUNCIA ALLA SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI CANONI DI
LOCAZIONE FINANZIARIA**

Il sottoscritto Sig. _____
nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____
in qualità di legale rappresentante della Società _____
Codice Fiscale/Partita Iva _____
con sede in _____
titolare del/i seguente/i contratto/i di locazione finanziaria:

1. n. _____
2. n. _____
3. n. _____
4. n. _____

DICHIARA DI RINUNCIARE

irrevocabilmente ed incondizionatamente al diritto alla sospensione del pagamento dei canoni di locazione finanziarie, come originariamente richiesto con domanda del _____, a partire dalla rata scadente il _____.

Luogo e data

Firma legale rappresentante

Si allega:

- documento di identità del legale rappresentante