

**FORMULARZ**  
**WYDANIE OPINII O WSPÓŁPRACY**

**Dane teleadresowe Korzystającego**

Nazwa:.....

Adres:.....

NIP:.....

Tel.Kontaktowy:.....

Fax/e-mail:.....

DOTYCZY UMOWY LEASINGU NR:.....

Zwracamy się z wnioskiem o wydanie opinii o dotychczasowej współpracy.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis, pieczęć

**Informacja dla Korzystającego:**

Wypełniony i podpisany wniosek prosimy przesłać:

Mail: [dzial.operacji@cargobullfinance.com](mailto:dzial.operacji@cargobullfinance.com)

Biuro Obsługi Klienta: +48 22 279 47 13