

Oggetto: **Richiesta Verifica Gruppo di Misura**

COMPILARE SE CLIENTE DOMESTICO

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ CAP _____ Provincia _____
Via/P.zza _____ n. _____
Telefono _____ Cellulare _____
E-mail _____
C.F. _____ Codice Cliente _____

COMPILARE SE CLIENTE BUSINESS

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____
Nato/a a _____ il _____
In qualità di Legale Rappresentante della Società _____
Sede Legale in _____ CAP _____ Provincia _____
Via/P.zza _____ n. _____
Telefono _____ Cellulare _____
E-mail _____
C.F. _____ P.IVA _____
Codice Cliente _____

RICHIEDE

la verifica del gruppo di misura dell'utenza:

ENERGIA ELETTRICA

Per il sito di fornitura ubicato in:

Via/P.zza _____

n. _____ CAP _____

Comune di _____

Prov. _____

N° POD _____

Motivazione:

GAS

Per il sito di fornitura ubicato in:

Via/P.zza _____

n. _____ CAP _____

Comune di _____

Prov. _____

N° PDR _____

Il Referente per eventuali richieste è: Sig./Sig.ra _____

Telefono _____ E-mail _____

Il costo dell'intervento del distributore sarà a carico del cliente finale qualora, a seguito della verifica, non risultasse alcuna anomalia nel funzionamento del gruppo misura. Qualora viceversa, venisse riscontrato l'irregolare funzionamento del contatore, non si procederà ad alcun addebito e il Distributore provvederà alla sostituzione del gruppo di misura, fatte salve le eventuali rettifiche del fatturato progressivo.

Allegare copia del documento di identità e del codice fiscale.

Luogo _____, lì _____

TIMBRO (*) E FIRMA CLIENTE
() solo in caso di soggetto giuridico (cliente con P. IVA)*

FIRMA QUI _____