

Vo2 VERIFICA PRESSIONE DI FORNITURA AL PUNTO DI RICONSEGNA

DATI CLIENTE					
Ragione sociale/ Nome Cognome					
Indirizzo				n°	
Comune			Prov.		C.A.P.
C.F.			P.Iva		
Tel. *		Fax		Cell.	
E-mail *			PEC		

***campi obbligatori per comunicazioni riguardo la pratica**

DATI LEGALE RAPPRESENTANTE Pro Tempore			
Nome e cognome		Ruolo	
Data di nascita	Luogo		
C.F.	Doc. allegato		

CHIEDE

La verifica della pressione di fornitura al punto di riconsegna:

PDR		REMI	
Matricola misuratore			
Matricola correttore (se installato)			
Indirizzo di fornitura		n°	
Comune		Prov.	C.A.P.
Consumo annuo presunto		Pot. max in Kw	

DICHIARA

di essere stato informato dei costi inerenti la verifica in oggetto.

Allegati: - Copia Documento d'Identità e tesserino sanitario

Luogo e data

Il Richiedente
(Timbro e firma)
