

MODULO VERIFICA CONTATORE Gas Naturale

Oggetto: RICHIESTA DI VERIFICA FUNZIONAMENTO GRUPPO DI MISURA.

Il sottoscritto NOME _____ COGNOME _____
legale rappresentante/titolare della Società RAGIONE SOCIALE _____
P.IVA* _____ Codice Fiscale _____
con sede legale/residenza in: INDIRIZZO _____
CAP _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____
titolare del contratto di fornitura di gas per l'utenza sita in: _____
_____ identificata dal
codice PDR _____

RICHIEDE LA VERIFICA

- Del gruppo di misura (*per accertamenti sulla corretta registrazione dei consumi*)
 Della pressione di fornitura

NOTE AGGIUNTIVE

E di essere presente durante la verifica del contatore effettuata in loco: SI NO

Per qualsiasi comunicazione la persona di riferimento è:

SIG. _____ **TEL/FAX** _____

NOTA: Non appena la società di distribuzione competente per territorio ci comunicherà la data dell'appuntamento con il tecnico, provvederemo a contattare la persona di riferimento indicata sul modulo per confermare il sopralluogo dei tecnici.

Il distributore locale provvederà poi all'evasione della Sua richiesta secondo le modalità e tempistiche previste per questo tipo di interventi dalla normativa vigente.

Si precisa che in qualunque momento il distributore locale ha la facoltà di modificare e/o annullare l'appuntamento. Gesam Gas & Luce S.p.A. Unipersonale non è responsabile di eventuali disservizi derivanti da quanto sopra.

Il sottoscrittore dichiara di essere consapevole che il costo relativo alla pratica sarà pari a € 25,00 + IVA. Inoltre, qualora dall'esito della verifica non risultasse alcuna anomalia funzionale, il contributo addebitato dal Distributore sarà a carico del cliente finale.

Dichiara inoltre di essere consapevole che *Gesam Gas & Luce S.p.A. Unipersonale* è titolare del trattamento dei dati personali e di avere preso visione della relativa informativa sul trattamento dei dati personali allegata al contratto di fornitura;

Luogo _____, il _____

Timbro e firma

- Allegare copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante

COMPILARE, TIMBRARE (*), FIRMARE e INVIARE A
assistenza.clienti@segnoverde.it oppure AL FAX 0583-418382
() da compilare solo in caso di soggetto giuridico (cliente con P. IVA)*