

RICHIESTA DI VERIFICA GRUPPO DI MISURA

CODICE CLIENTE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome e cognome:

Ragione Sociale:

Partita IVA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Domicilio Fiscale:

Telefono: _____ Cellulare: _____ E-mail: _____

Rappresentato da:

In qualità di:

RICHIEDE, PER IL SEGUENTE PUNTO DI FORNITURA GAS, LA VERIFICA DEL CORRETTO FUNZIONAMENTO DEL GRUPPO DI MISURA

Indirizzo di fornitura:

Indirizzo _____ n. _____ Località _____ CAP _____

Codice PDR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Tempo massimo di comunicazione dell'esito della verifica del gruppo di misura da parte del distributore di rete:

20 giorni lavorativi

Se la verifica del contatore porta all'accertamento di errori nella misura superiori ai valori ammissibili fissati dalla normativa metrologica vigente, o di guasto o rottura che non consente la determinazione dell'errore, il distributore:

- Provvede a ricostruire i consumi registrati erroneamente;
- Non addebita alcun costo per la prestazione;

Se la verifica del contatore porta all'accertamento di errori nella misura non superiori ai valori ammissibili fissati dalla normativa metrologica vigente, il distributore addebita al venditore (che a sua volta addebita al cliente):

- Saranno addebitati i costi applicati dal distributore ai sensi della delibera 569/2019/R/GAS.

NOTE - Documentazione da allegare alla richiesta: • Fotocopia del documento d'identità del richiedente/legale rappresentante

DATA:

FIRMA DEL CLIENTE:
