

U.O. SOCIETA' DI VENDITA

Dati del Cliente Finale

Nome: _____

Indirizzo: _____ Comune: _____

Telefono: _____

Numero PdR: _____ Numero pratica: _____

Il sottoscritto:

.....
con riferimento alla richiesta di verifica del contatore gas inoltrata alla Società di Vendita:

.....
dichiara, in qualità di intestatario/delegato dell'intestatario della fornitura gas di cui al contatore:

marca matricola numero

(spuntare le scelte effettuate)

di confermare di voler sottoporre il contatore stesso a verifica metrologica

Dichiara pertanto di acconsentire affinché le operazioni di sostituzione e movimentazione del contatore siano eseguite da Laboratorio individuato da Toscana Energia S.p.A. e:

richiede espressamente di presenziare alle prove, anche attraverso persona delegata, nel giorno prestabilito e chiede che gli venga comunicata la data di esecuzione della verifica tramite il seguente mezzo (in caso di assenza all'appuntamento accetta le conclusioni che verranno verbalizzate):

Fax: _____

E-mail: _____

Telegramma: _____

(riportare indirizzo se diverso da quello sopra indicato)

Non richiede di presenziare alle prove ed accetta le conclusioni che verranno verbalizzate.

Il contatore stesso è stato, alla presenza del sottoscritto, imballato in apposito involucro, sigillato e firmato dal sottoscritto, e ritirato dai tecnici della Società.

La verifica sarà eseguita dal Laboratorio Misura Italgas, c.so Venezia 136-138, fax 0141-432289, 14100 Asti. Si informa che il Responsabile della verifica del gruppo di misura è il Dr. SALATI EUGENIO c/o ITALGAS – Lab. Misura c.so Venezia, 136-138 – 14100 Asti. Tel. 0141380739 Fax 0141380789. L' esecuzione della verifica sarà effettuata entro 20 giorni lavorativi dalla data di richiesta (rif. Deliberazione AEEG 574/13/R/Gas e s.m.i.).

di rinunciare alla richiesta di verifica del contatore gas

NOTE ED OSSERVAZIONI:

Data e ora: _____ N° Doc. identità: _____ Firma Cliente: _____

Firma addetto: _____