

Nome _____ Cognome _____

Comune _____ Via _____ n° _____

Scala/int. _____ piano _____ - telef. _____ / _____

Codice Punto di Riconsegna (PdR) n° _____

Matricola gruppo di misura n° _____

Amministratore condominio (*eventuale nominativo e indirizzo*): _____

A) Gruppo di misura in posizione irregolare

In occasione del ns. intervento abbiamo riscontrato che il Suo gruppo di misura è collocato in posizione irregolare. Come previsto dalle normative UNI il gruppo di misura del gas non potrà più essere installato nella stessa ubicazione e si dovrà pertanto concordare il suo spostamento.

PER INFORMAZIONI TELEFONARE ALLA SOCIETÀ DI VENDITA

B) Mancanza aereazione gruppo di misura

In occasione del ns. intervento abbiamo riscontrato la non corretta ubicazione del gruppo di misura per mancanza di aereazione diretta del locale di installazione. Si dovrà pertanto concordare l'adeguamento o l'eventuale spostamento del gruppo di misura.

PER CONCORDARE L'INTERVENTO E PER EVENTUALI INFORMAZIONI PUO' CONTATTARCI AL SEGUENTE NUMERO TELEFONICO:

Data.....

Visto dell'addetto incaricato.....

Il Cliente..... (Firma leggibile)