

## RICHIESTA VERIFICA GRUPPO DI MISURA (GAS)

Nome e cognome:		Ragione Sociale:								
Partita IVA:  Domicilio Fiscale:		Codice Fiscale:								
		E-mail:								
Rappresentato da:			In qualità di:							
RICHIEDE, PER IL SEGU FUNZIONAMENTO DEL ( Indirizzo di fornitura:										
Codice PDR:			ı	I		ı				
Tempo massimo di comunicazione dell'esito della verifica del gruppo di misura da parte del distributore di rete:  20 giorni lavora								orativ	/i	
Se la verifica del contatore porta va metrologica vigente, o di guas				-					a norm	nati-
Provvede a ricostruire i consur	mi registrati erroneam	ente;								
Non addebita alcun costo per	r la prestazione;									
Se la verifica del contatore porta mativa metrologica vigente, il di				-				i fissati	dalla	nor-
Saranno addebitati i costi appl	licati dal distributore a	ai sensi del	la delibera	569/201	9/R/GAS.					
DATA:			FIRMA DE	L CLIENTE:						

0.055-C-1224

Rispedire con una delle seguenti modalità: • Mail: fintelgaseluce@alperia.eu • Pec: fintelgaseluce@pec.it • Fax: +39 0733 205 098

• Posta ordinaria: via V. Ghislandi 2E/F, Bergamo Per supporto nella compilazione del modulo: 800 979 215

Titolare del trattamento dei dati personali è Fintel Gas e Luce Srl. Informativa privacy reperibile sul sito www.alperia.eu/fintel, nella sezione "Privacy" che si trova nel footer in fondo alla homepage.