union gas e luce

Verifica Gruppo di Misura

DATI DEL RICHIEDENTE

Codice Cliente _____ **Nominativo/ Rag. Sociale** _____
C.F. _____ **P.IVA** _____
Telefono _____ **Cellulare** _____ **FAX** _____
E-mail _____ **PEC** _____

FORNITURA

Barrare la casella interessata ☐ **GAS NATURALE** ☐ **ENERGIA ELETTRICA**

PDR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **POD** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Indirizzo _____ **n.** _____
Comune _____ **Prov.** _____ **CAP** _____
Lettura Contatore _____

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

_____
_____
_____
_____
_____
_____

AVVERTENZE

Il costo dell'intervento del Distributore sarà a carico del cliente finale qualora, a seguito della verifica, non risultasse alcuna anomalia nel funzionamento del gruppo di misura.

Dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della Legge n. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____