

Oggetto: **Richiesta Verifica Funzionale Gruppo di Misura Gas**

Spettabile INVOLTA SRL,

**COMPILARE SE CLIENTE DOMESTICO**

Il/La sottoscritto/a NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Codice Cliente \_\_\_\_\_

**COMPILARE SE CLIENTE BUSINESS**

Il/La sottoscritto/a NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
In qualità di Legale Rappresentante della Società \_\_\_\_\_  
Sede Legale in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
Codice Cliente \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

la verifica funzionale del gruppo di misura dell'utenza gas:

per il sito di fornitura ubicato in via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

N° PDR \_\_\_\_\_

Motivo della verifica (selezionare una o più delle seguenti voci):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> contatore ammalorato                    | <input type="checkbox"/> contatore elettronico con display illeggibile |
| <input type="checkbox"/> contatore bloccato con passaggio di gas | <input type="checkbox"/> contatore elettronico con display spento      |
| <input type="checkbox"/> contatore con numeri sfalsati           | <input type="checkbox"/> contatore malfunzionante                      |
| <input type="checkbox"/> contatore con presenza di condensa      | <input type="checkbox"/> contatore manomesso                           |
| <input type="checkbox"/> contatore con vetrino rotto             | <input type="checkbox"/> contatore con display spento                  |
| <input type="checkbox"/> contatore danneggiato                   | <input type="checkbox"/> contatore disallineato                        |

Il Referente per eventuali richieste è: Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Conferiamo ad INVOLTA SRL mandato senza rappresentanza, ai sensi dell'art. 1705 C.C., per la stipula del contratto per il servizio della "connessione alla rete elettrica" con il Distributore competente.

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 misura. Qualora viceversa, venisse riscontrato l'irregolare funzionamento del contatore, non si procederà ad alcun addebito e il Distributore provvederà alla sostituzione del gruppo di misura, fatte salve le eventuali rettifiche del fatturato pregresso.

**Allegare copia del documento di identità e del codice fiscale.**

Luogo \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**TIMBRO (\*) E FIRMA CLIENTE**  
*(\*) solo in caso di soggetto giuridico (cliente con P. IVA)*  
\_\_\_\_\_