

Mod. 10

RICHIESTA DI VERIFICA DELLE FUNZIONALITA' DEL CONTATORE
Titolare del Contratto Gas

Cognome e Nome/ Rag. Sociale

Cod. Fiscale / P. Iva

Cod. Utenza

Telefono / Mail

CHIEDE

La verifica delle funzionalità del contatore :

- In loco
 Presso laboratorio

 Per il seguente motivo _____

Dati Utenza

Ubicazione Fornitura

Matricola Contatore

Classe Contatore

Lettura alla data del _____

PDR

Data _____

Firma _____

Riservato a Casirate Gas 2 S.r.l.

Prot. n.

Pratica N.

N° Contribuente

N° Utenza

Note