



Verifica-Spostamento Misuratore Gas Naturale/Energia Elettrica

DATI INTESTATARIO FORNITURA

Ragione Sociale

Codice Fiscale Partita IVA

Indirizzo N° Comune Prov. Cap

Email Telefono

RICHIEDE la prestazione di seguito indicata:

PDR _____

POD _____

- VERIFICA DI FUNZIONAMENTO DEL GRUPPO DI MISURA
- SPOSTAMENTO DEL GRUPPO DI MISURA entro i 10 metri
- SPOSTAMENTO DEL GRUPPO DI MISURA oltre i 10 metri

Luogo e data

Timbro e Firma Cliente
