

RICHIESTA DISALIMENTAZIONE DEL CONTATORE

CODICE CLIENTE (Hella latti	ira iri atto a destra).		
Nome e cognome:		Ragione Sociale:	
Partita IVA: Domicilio Fiscale:		Codice Fiscale:	
Telefono:	Fax:	Cellulare:	
E-mail:		Rappresentato da:	
	_	TORE SITUATO SUL PUNTO DI I	FORNITURA
Immediata Indirizzo di fornitura: Indirizzo Codice POD:	A decorrere dal/_	/ nLocalità	CAP
IT	E		
Telefono:	Cellulare:	fare riferimento ai seguenti recapiti: Email:	vito:
Indirizzo Telefono: Cellulare:		nLocalitàCAP Email:	
Lettura contatore:	F1	F2 F3	
Tempo massimo di o da parte del distribu	comunicazione dell'esito della richies utore di rete:	 entro 5 giorni lavorativi pe entro 7 giorni lavorativi pe 	
bassa tensione deve to, di 70 euro entro	e ricevere un indennizzo automatico d	previsto per responsabilità del distributore, li 35 euro per attivazioni realizzate entro il c ro oltre il triplo del tempo previsto. Per il clic a del ritardo nell'esecuzione.	doppio del tempo previs-
DATA:		FIRMA DEL RICHIEDENTE:	
	_		