RICHIESTA VERIFICA GRUPPO DI MISURA

DATI CLIENTE

Ragione Sociale/Cognome e Nome _____

Indirizzo Sede Legale / Città residenza _____

Via / Piazza _____ N° _____ Prov _____ CAP _____

Partita Iva / Codice Fiscale _____

Identificato con documento _____ N° _____

Rilasciato da _____ In data _____

Codice A.Te.Co _____ Settore Merceologico _____

Legale Rappresentante _____

Codice Fiscale Legale Rappresentante _____

Identificato con documento _____ N° _____

Rilasciato da _____ In data _____

Referente Contrattuale* _____

Tel. Fisso/Cellulare* _____ E-mail* _____

DATI IDENTIFICATIVI SITO DI PRELIEVO PER VERIFICA GRUPPO DI MISURA

Indirizzo della fornitura *(Città / Località)* _____

Via / Piazza _____ N° _____ Prov. _____ CAP _____

Codice PDR _____ Matricola contatore _____

NOTE CLIENTE

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Considerato che le richieste di esecuzione di prestazioni relative a servizi inerenti la connessione dei Siti alla rete di distribuzione del gas naturale, come definito dalle deliberazioni n. 168/04 e s.m.i. e ARG/gas 120/08 e s.m.i. (RQDG), devono essere inoltrate al Distributore territorialmente competente tramite il Fornitore, dichiaro di accettare il pagamento degli importi di competenza del Distributore previsti per le singole prestazioni indicate nel Codice di Rete e di riconoscere a favore del Fornitore un corrispettivo di importo pari al contributo previsto nel listino di ciascun Distributore, maggiorato di € 33,00 + IVA (*), a titolo di contributo a copertura degli oneri amministrativi sostenuti da Gas Sales S.R.L..

Si invita l'interessato a prendere visione dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) sul sito https://www.gassalesenergia.it/privacy-policy/

Luogo (*) _____ Data (*) _____ Timbro e Firma _____

N.B. Allegare: Fotocopia, in carta semplice, del Codice fiscale e di un documento di identità del richiedente (fronte/retro) in corso di validità.

034 rev. 002 del 02/11/2026