

ATTIVAZIONE DELLA FORNITURA

DATI DEL RICHIEDENTE:

NOME E COGNOME / RAGIONE SOCIALE			
C.F.		P.IVA	
INDIRIZZO (di residenza)/SEDE LEGALE- COMUNE			
VIA/PIAZZA		N°	CAP.
TEL	FAX		CELL
E-MAIL		PEC	

DATI IMMOBILI PER CUI SI CHIEDE L'ATTIVAZIONE DELLA FORNITURA:

INDIRIZZO DI FORNITURA – VIA/PIAZZA		N°
22079 VILLA GUARDIA – COMO		
A SEGUITO DI	<input type="checkbox"/> CONCLUSIONE DEI LAVORI DI ALLACCIAMENTO DEL	
	<input type="checkbox"/> RICHIESTA DI DISATTIVAZIONE DEL (indicare la data della richiesta)	
	<input type="checkbox"/> RICHIESTA DI VOLTURA DEL	
	<input type="checkbox"/> ALTRO	

FIRMA: _____

DATA _____

DA COMPILARE A CURA DE LA GRANDE STUFA S.p.A.

DATA RICEVIMENTO: _____ **PROT. IN INGRESSO N./RA**

CONSEGNA A MEZZO: MAIL FAX CONSEGNA A MANO

CODICE RINTRACCIABILITA' PRATICA DI RIFERIMENTO: _____

Firma Operatore LGS _____

DA COMPILARE IL GIORNO DELL'ATTIVAZIONE A CURA LGS

DATA ATTIVAZIONE	
MATRICOLA SST	
POTENZA E TIPO (RISC E/O ACS)	
MATRICOLA MISURATORE	
UBICAZIONE	
LETTURA INIZIALE	
TARGA CURIT	
M-BUS MISURATORE	
M-BUS AVD	

OPERATORE LGS

OPERATORE AMARC

CLIENTE

