

OGGETTO: RICHIESTA SPOSTAMENTO GRUPPO DI MISURA

Spett.le Cip Lombardia S.R.L., con la presente si richiede lo spostamento del Gruppo di Misura per la fornitura sotto indicata.

Codice POD | _ _ _ _ _ |

Intestato a _____

Indirizzo/località _____

CAP _____ Città/Località _____ Provincia _____

Codice Fiscale / Partita IVA | _ _ _ _ _ |

Numero telefono referente | _ _ _ _ _ |

Indirizzo posta elettronica | _ _ _ _ _ |

Per una distanza:

inferiore a mt. 10

superiore a mt. 10

I tempi per l'effettuazione del lavoro - calcolati dalla data di richiesta della prestazione al Distributore locale - sono previsti entro 15 giorni lavorativi, salvo diversa comunicazione, a far data della ricezione della presente richiesta da parte del Distributore Locale.

Il Sottoscritto accetta fin d'ora l' addebito previsto per la prestazione richiesta, come da tabella Sottostante. Qualora il Distributore locale verifichi che la distanza sia superiore ai 10 metri, il sottoscritto autorizza Cip Lombardia ad emettere un nuovo preventivo di spesa per il relativo importo:

Spostamento contatore € 198,80 + Quota fissa società di vendita € 23,00

Tutti i corrispettivi sono indicati IVA esclusa

Distinti Saluti,

Data

Timbro e Firma