COPIA DA RESTITUIRE FIRMATA

RICHIESTA VERIFICA DEL GRUPPO DI MISURA SU RICHIESTA DEL CLIENTE FINALE

Riservata ai clienti Fenix Energia

DATI CLIENTE

Cognome e Nome/Ragione Sociale:_____

Indirizzo/Sede Legale: _____ CAP: _____ Comune: _____ Provincia: _____

Codice Fiscale / P.IVA : _____ Tel.: _____ Cell. :_____

Il cliente **richiede la verifica** del/i gruppo/i di misura, per l'utenza/e sotto specificata/e:

DATI TECNICI DI FORNITURA

PDR	*Matricola*	*Indirizzo fornitura*	*Comune*	*Prov*	*Referente*	*Telefono*

_____ _____

Luogo e data Firma per esteso del Cliente