**Spett. GALA S.p.A.**

Via Savoia, 43/47
00198 Roma

Oggetto: **VERIFICA GRUPPO MISURA (V02)**

Egregi Signori,

con la presente chiediamo la verifica gruppo misura per la seguente utenza:

**DATI INTESTATARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione/Ragione Sociale |  |
| P. IVA  |  |
| Codice Fiscale |  |
| Codice CIG o numero ordinativo fornitura |  |
| Codice Univoco Ufficio (CUU – IPA) |  |

**DATI IDENTIFICATIVI DELLA FORNITURA**

|  |  |
| --- | --- |
| Indirizzo |  |
| CAP – Comune - Provincia |  |
| Codice POD |  |
| **CONTATTO** | Nominativo Referente |  |
| Numero telefonico Referente |  |
| E-mail Referente |  |

Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del sottoscrittore ovvero di altro documento di riconoscimento equipollente ai sensi dell’art. 35 D.P.R. n. 445/2000 (es. passaporto, patente di guida ecc.)

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro & Firma

**ALLEGATO 1- INFORMATIVA**

### **INFORMATIVA SULLA TARIFFA**

Il contributo previsto per la pratica, a carico del cliente, sarà determinato in conformità all’Allegato C (TIC) della Delibera ARG/elt 199/11 *s.m.i*. dell’Autorità per l’energia elettrica il gas e il sistema idrico o tramite preventivo rilasciato dal Distributore Locale.

### **RESTITUZIONE DEL MODULO**

Il modulo sottoscritto e firmato da entrambe le parti potrà essere restituito con le seguenti modalità:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| @ | e-mail | assistenza@gala.it |
| 🖳  | fax | 06. 98.23.09.61 |
| 🖂 | casella postale | GALA S.p.A.- Via Savoia, 43/47- 00198 Roma |

### **COMPILAZIONE DEL MODULO**

Nel caso il cliente dovesse riscontrare difficoltà nella compilazione del presente modulo, si potrà rivolgere all’Assistenza Clienti secondo le modalità seguenti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| @ | e-mail | assistenza@gala.it |
| ✆ | N° verde | 800.97.33.66 |