

**INTERCENT-ER GAS19\_1**Da restituire a e-mail:  
[clienti.corporate@gruppohera.it](mailto:clienti.corporate@gruppohera.it)**RICHIESTA DI CHIUSURA CONTATORE GAS**

Codice Cliente e/o codice contratto \_\_\_\_\_

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

P.I.V.A. \_\_\_\_\_

Nome e cognome richiedente/referente tecnico \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell (per appuntamento) \_\_\_\_\_

e-mail/pec \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Si precisa che dal momento in cui Hera Comm riceve la richiesta la inoltrerà al Distributore territorialmente competente e la data di effettiva disattivazione della fornitura coinciderà con la data di esecuzione della prestazione da parte del Distributore.

**CHIEDO DI DISATTIVARE LA/LE FORNITURA/E DALLA DATA**(indicare una data **di almeno 7 giorni lavorativi successiva** al momento della richiesta)**G  
A  
S****GAS PDR** \_\_\_\_\_

Ubicato nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Rimozione contatore ☐ sì ☐ no Rimozione presa ☐ sì ☐ no**G  
A  
S****GAS PDR** \_\_\_\_\_

Ubicato nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Rimozione contatore ☐ sì ☐ no Rimozione presa ☐ sì ☐ no

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

Sono consapevole che in caso di ubicazione del/dei contatore/i in posizione non immediatamente accessibile dall'esterno è mia responsabilità consentire l'accesso al/ai contatore/i agli incaricati della società di distribuzione, anche previo appuntamento.

Prendo atto che fino a quando il/i contatore/i non sarà/saranno disattivato/i e l'erogazione interrotta, rimango responsabile della/e fornitura/e e dei relativi pagamenti, sia per quote fisse sia per eventuali consumi, anche di terzi.

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

**Allegare copia del documento di identità in corso di validità.**