

INTERCENT-ER GAS18_4Da restituire a e-mail:
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.