Spett.le
Edison Energia SpA
Servizio Clienti
Casella Postale 94
20080 Basiglio (MI)

Fax: 800.031.124

EDISON

Oggetto: VERIFICA FUNZIONAMENTO GRUPPO DI MISURA/TENSIONE

N° Preventivo: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Spett. le Edison Energia,

con la presente, richiedo la verifica del funzionamento del Gruppo di Misura (contatore elettronico)/Tensione per la fornitura sotto specificata:

Nome e Cognome*

Indirizzo di Fornitura*

Indirizzo per comunicazioni successive*

I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Codice Fiscale*

I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Numero Presa/POD*

I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Numero Telefonico fisso Referente*

I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Numero Cellulare Referente*

I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Indirizzo E-Mail

DOMESTICO
Uso fornitura

GRUPPO DI MISURA ☐ TENSIONE ☐
Indicare il tipo di verifica richiesta

Tutela dati personali - Informativa e consenso

- per le finalità promozionali, commerciali e di marketing, di cui alla lettera B) dell'Informativa — Consenso SI ☐ NO ☐
- per le finalità connesse alla comunicazione dei dati a terzi, di cui alla lettera C) dell'Informativa — Consenso SI ☐ NO ☐

Firma ______________________________ Data ______________

La firma è necessaria per le attività legate all'esecuzione del contratto e non comporta la comunicazione a terzi per attività commerciali.

Distinti saluti.

Data I__I__I/__I__I/__I__I__I__I

Luogo

X ______________________________
Firma Cliente

* Dati obbligatori: l'assenza di tali informazioni non renderà efficace la richiesta.