

2. nella sua qualità di

_____, della società /
impresa _____, con sede
in _____,

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Partita IVA | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

intestatario del contratto con

1 Cancellare le voci che non interessano.

2 Barrare la sola casella di interesse e completare con le informazioni richieste.

3 Cancellare le voci che non interessano e completare indicando i dati esatti della società, anche individuale.

DOCUMENTO DA RESTITUIRE COMPILATO E FIRMATO

..... - Mercato libero dell'energia

3. a nome di (Cognome) _____ (Nome)

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |, intestatario del contratto con

CHIEDE

che dichiaro alla società di Distribuzione che nell'abitazione è presente un apparato di cura
medicale alimentato con energia elettrica, indispensabile per la sopravvivenza umana.

Data e luogo

Firma del richiedente/dichiarante

IMPORTANTE

Questa istanza sarà valida solo se inviata insieme alla copia (fronte/retro) di un documento d'identità valido del dichiarante.

Se il dichiarante NON coincide con l'intestatario della fornitura è necessario allegare il documento d'identità di entrambi.