

Richiesta di verifica metrica del contatore

A CURA DI GRUPPO CAP	CLIENTE	CONTRATTO	PUNTO FORNITURA	TIPOLOGIA
----------------------	---------	-----------	-----------------	-----------

PUNTO DI FORNITURA

comune _____ via e numero civico _____ codice utente _____ matricola contatore _____

DATI DELL'INTESTATARIO DEL CONTRATTO - Compilare solo una delle due colonne

PERSONA FISICA	PERSONA GIURIDICA
cognome e nome _____	ragione sociale _____
codice fiscale _____	codice fiscale _____
nato a _____ il ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	partita iva _____
comune di residenza _____ prov. _____ cap _____	rappresentante legale (cognome e nome) _____
indirizzo di residenza (via e numero civico) _____	sede legale (comune) _____ prov. _____ cap _____
domicilio fiscale (comune) _____ prov. _____ cap _____	sede legale (via e numero civico) _____
domicilio fiscale (via e numero civico) _____	<input type="checkbox"/> pubblica amministrazione split payment: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	codice PA _____

RECAPITO COMUNICAZIONI AMMINISTRATIVE

indirizzo (via e numero civico) _____ presso (se il nominativo è differente dall'intestatario) _____
 comune _____ provincia _____ cap _____
 email _____ cellulare _____ telefono fisso _____

INFORMATIVA PRIVACY

I dati personali forniti verranno trattati da Cap Holding SpA con sede legale in via del Mulino 2 - Palazzo U10 - Assago (MI), nella persona del legale rappresentante pro-tempore - Titolare del trattamento - per offrirle il servizio richiesto e per le attività amministrativo-contabili ad esso connesse. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per ottenere il servizio richiesto ed in mancanza Cap Holding non potrà offrirglielo. Il trattamento verrà effettuato in modalità informatica e manuale anche tramite soggetti esterni e verranno conservati nel rispetto dell'art. 5.1.e Reg. UE 2016/679. I dati personali non saranno diffusi, potranno invece essere comunicati a società contrattualmente legate al Titolare del trattamento per l'adempimento delle finalità connesse all'erogazione del servizio. Le vengono riconosciuti in qualità di interessato i diritti di cui agli artt. 7 e ss. del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196, nonché agli artt. 15 e ss. del Reg. UE 2016/679 e potrà esercitarli inviando una mail all'indirizzo privacy@gruppocap.it. Informativa estesa disponibile a richiesta o sul sito web www.gruppocap.it - sezione clienti, modulistica. Data aggiornamento 21.12.2017

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 7, 13 e 23 del D.lgs. 196/03 e degli artt. 7, 12, 13 e ss. GDPR, dichiaro di aver preso visione dell'informativa di CAP HOLDING S.P.A.



_____ luogo

_____ data

Firma _____
 (obbligatoria)



MOTIVO DELLA RICHIESTA

Il sottoscritto _____
cognome e nome

in qualità di proprietario affittuario usufruttuario altro titolo _____

ritenendo irregolare il funzionamento del contatore installato presso l'utenza in oggetto intestata a _____

in via _____ matricola contatore _____ diametro contatore _____

Chiede la verifica metrica del contatore in oggetto ai sensi e per gli effetti dell'articolo 22 del Regolamento del Servizio Idrico Integrato che formano parte integrante del contratto per la fornitura dell'acqua potabile e che l'utente è comunque tenuto richiedere agli addetti di GRUPPO CAP all'atto della presentazione della presente richiesta.

COSTO DELLA VERIFICA

Chiede altresì che la prova venga eseguita presso un laboratorio autorizzato, sapendo che è il costo della verifica è pari a:

130,00 Euro + IVA (10%) fino a dn 40
259,00 Euro + IVA (10%) oltre dn 40

A titolo di anticipazione per la prestazione richiesta,
il sottoscritto versa a GRUPPO CAP, che ne rilascerà regolare fattura, la somma di Euro _____ (iva compresa)



Allegare alla presente richiesta copia della ricevuta di pagamento

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento dovrà essere effettuato tramite bonifico su conto corrente bancario iban IT76D0306909521100000005864,
causale del versamento: verifica metrica cliente n° [codice utente del richiedente]

Il sottoscritto chiede inoltre di poter assistere alla prova tecnica e pertanto chiede che gli venga comunicata la data di esecuzione e il luogo della verifica tramite uno dei recapiti per le comunicazioni amministrative in possesso di Gruppo CAP



Firma _____ 
(obbligatoria)



ATTENZIONE

Verificare di avere apposto la firma in corrispondenza del pittogramma riportato qui a fianco. In mancanza di tutte le firme obbligatorie non sarà possibile procedere all'evasione della presente richiesta.

RISERVATO GRUPPO CAP (SPORTELLO, DATA E SIGLA)