

Il titolare dello strumento

Avente sede legale in

Esercizio in (compilare solo se diverso dalla sede legale)

.....

P.IVA Nr. Rea Tel.

Persona di riferimento Sig. /Sig.ra.....

e-mail..... cell.....

CHIEDE OFFERTA PER LA VERIFICAZIONE PERIODICA DEI SEGUENTI STRUMENTI:

| Marca | Modello | Matricola | Portata max (g) | e (g) | P/R (*) |
|-------|---------|-----------|-----------------|-------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(*) P: verificaione richiesta a seguito di scadenza / R: verificaione richiesta a seguito di riparazione

Nel caso di riparazione, indicare quali sigilli sono stati rimossi:

☐ sigillo cavo cella (nr°)

☐ sigillo box (nr°)

☐ sigillo fissaggio cella (nr°)

☐ altri sigilli

Si prega di inviare il presente documento all'indirizzo e-mail segreteria@idecon.it .