



## GESTIONE DISALIMENTABILITÀ

Cliente (inserire nome):

Timbro/Firma:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data di modifica da eseguire non prima del \_\_\_\_\_

### DATI INTESTATARIO FORNITURA

Ragione sociale o Nome e Cognome	
Partita iva / Codice Fiscale	

### DATI TECNICI E CONTRATTUALI

Codice POD	
Disalimentabile	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Categoria per fornitore NON disalimentabile	<input type="checkbox"/> Apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per l'esistenza in vita ed alimentate ad en. el. <input type="checkbox"/> Pubblica utilità art 18.1 c) AEEG 04/08
Cellulare di preavviso PESSE (1)	

N.B. In caso di forniture non disalimentabili di categoria "Apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per l'esistenza in vita ed alimentate ad energia elettrica" è necessario l'invio della certificazione rilasciata dall'ASL.

#### NOTE

Cellulare di preavviso PESSE: consente di indicare il numero di cellulare del cliente da contattare per il preavviso in caso di temporanea interruzione della fornitura

**\*Allegare copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità**