HERAcomm
Società del Gruppo Hera

società erogatrice del servizio:
HERA COMM S.p.A.
Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Hera S.p.A.

Sede: Via Molino Rosso 8
40026 Imola BO
C.F 02221101203
Partita Iva del Gruppo Hera 03819031208
Capitale Sociale i.v. € 53.595.898,95

Da restituire a: Hera Comm S.p.A.
Via Molino Rosso, 8 - 40026 Imola (BO)
clienti@gruppohera.it

RICHIESTA DI CHIUSURA CONTATORE ENERGIA ELETTRICA / GAS

Il/la sottoscritto _____ nato/a a _____
Il _____ in qualità di Legale Rappresentante o Procuratore Speciale della Ditta/Ente con la seguente denominazione: _____ P.I.V.A _____
C.F. _____ indirizzo _____ CAP _____
Comune _____ Prov. _____ Referente _____
Recapito telefonico referente _____ e-mail _____

Si precisa che dal momento in cui Hera Comm riceve la richiesta la inoltrerà al Distributore territorialmente competente e la data di effettiva disattivazione della fornitura coinciderà con la data di esecuzione della prestazione da parte del Distributore.

CHIEDO DI DISATTIVARE LA/LE FORNITURA/E DALLA DATA
(indicare una data **di almeno 7 giorni lavorativi successiva** al momento della richiesta)

E E

Energia Elettrica **POD** _____
Ubicato nel Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
Via _____ N° _____
Rimozione contatore ☐ si ☐ no Rimozione presa ☐ si ☐ no

E E

Energia Elettrica **POD** _____
Ubicato nel Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
Via _____ N° _____
Rimozione contatore ☐ si ☐ no Rimozione presa ☐ si ☐ no

G A S

GAS **PDR** _____
Ubicato nel Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
Via _____ N° _____
Rimozione contatore ☐ si ☐ no Rimozione presa ☐ si ☐ no

G A S

GAS **PDR** _____
Ubicato nel Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
Via _____ N° _____
Rimozione contatore ☐ si ☐ no Rimozione presa ☐ si ☐ no

Luogo e data

_____

Timbro e firma

_____

Sono consapevole che in caso di ubicazione del/dei contatore/i in posizione non immediatamente accessibile dall'esterno è mia responsabilità consentire l'accesso al/ai contatore/i agli incaricati della società di distribuzione, anche previo appuntamento.

Prendo atto che fino a quando il/i contatore/i non sarà/saranno disattivato/i e l'erogazione interrotta, rimango responsabile della/e fornitura/e e dei relativi pagamenti, sia per quote fisse sia per eventuali consumi, anche di terzi.

Timbro e firma

_____

Allegare copia del documento di identità in corso di validità.