

Spett.le  
**AMSC Spa**  
 Via Aleardi, 70  
 21013 – Gallarate (Va)

**OGGETTO: conferma richiesta di effettuazione verifica gruppo di misura.**

Misuratore Matricola nr:	
Codice Utenza Acqua:	
Luogo della fornitura:	

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_ con la presente, in riferimento all'Utenza di cui all'oggetto

**RICHIEDE**

la verifica del gruppo di misura in oggetto nel rispetto del Regolamento vigente.

A tal fine dichiara di essere informato dei costi previsti per questa operazione, così come essi sono stati determinati da Amsc Spa.

Tali costi sono riassunti nella seguente tabella:

<u>VERIFICA GRUPPO DI MISURA PRESSO LABORATORIO SPECIALIZZATO</u>	
CALIBRO CONTATORE	COSTO A PRESTAZIONE
da 1/2" a 1-1/4"	€ 173,50
da 1-1/2" a 2"	€ 186,50
da dn 80 a dn 150	€ 303,50
da dn 200 a dn 200	€ 351,00
Oltre	A preventivo

Dichiara inoltre di essere al corrente che tali costi verranno addebitati da AMSC Spa solo nel caso in cui il resoconto di verifica evidenzia la presenza di errori di misura **NON** superiori a quelli ammissibili dalla normativa (UNI) vigente.

Gallarate, \_\_\_\_\_

In fede  
 \_\_\_\_\_