

Cell. 3471115976

e-mail: info@gabembilance.com

## RICHIESTA DI

## VERIFICAZIONE PERIODICA SU

# MISURATORI FISCALI

# LA SOTTOSCRITTA DITTA CHIEDE A CODESTO LABORATORIO L'ESECUZIONE DELLA VERIFICA PERIODICA A SEGUITO:

- 1 RIPARAZIONE
- 2 DEFISCALIZZAZIONE
- 3 FISCALIZZAZIONE
- 4 SCADENZA VALIDITA VERIFICAZIONE PERIODICA

DATA DELLA RICHIESTA:	RIF.OPERATORE:
RAGIONE SOCIALE:	INDIRIZZO VERIFICA (SE DIVERSO DA SEDE)
VIA	
CAP	VIA
CITTA'	CAP
PROV.	CITTA'
P.I.	PROV.
C.F.	TEL
REA	MAIL

DA ESEGUIRSI PRESSO: □ CLIENTE □ <u>LABORATORIO</u>

# PER GLI STRUMENTI SOTTOELENCATI:

MARCA	MODELLO	MATR.	DECRETO MINISTERIALE	A SEGUITO

L'UTENTE