Camera di Commercio Ancona

Servizio metrico

RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA IMPIANTI DI CARBURANTI

(ai sensi dell'articolo 3, comma 1, del D.M. 28 marzo 2000, n. 182)

La verifica dovrà essere effettuata presso l'utente:

Ditta |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N.R.E.A. |__|__|__|__|__|__|

Comune |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Prov. |__|__| C.A.P. |__|__|__|__|__|

Fr. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| via |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| n. |__|__|__|

L'importo relativo alla verifica dovrà essere fatturato alla ditta sotto indicata:

Ditta |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N. R.E.A. |__|__|__|__|__|__|

Comune |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Prov. |__|__| C.A.P. |__|__|__|__|__|

P.I. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Modalità di pagamento |__| c.c. postale |__| bonifico bancario tel. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Impianto carburanti dotato dei seguenti strumenti:

N. _____ Misuratori benzina N. _____ Misuratori gasolio N. _____ Misuratori GPL

N. _____ Misuratori massici di Metano N. _____ Self Service N. _____ Host (PC)

N. _____ Pompe Sommerse **Totali strumenti N. _____**

	Firma dell'Utente	**Firma del Richiedente**
Addì _____	_____	_____

Spazio Riservato all'Ufficio

Per la verifica periodica metrica eseguita in data odierna seguirà fattura di € _____

☐ A seguito convenzione stipulata dal MSE ☐ Non convenzionato

☐ **1° Accesso** ☐ **2° Accesso** ☐ **3° Accesso e successivi**

Copia della presente richiesta è stata consegnata al Sig./ra _____

in qualità di _____ Firma _____

*Richiesta n.*_____ *del*_____ *eseguita il* _____ *O.A.* ❑

Fattura n. _____ del _____ l'Ispettore metrico _____

Camera di Commercio Artigianato e Agricoltura di Ancona
P.za XXIV Maggio, 1 - 60124 Ancona
Tel. +39 071 58981
P.Iva 00697940427
C.F. 80002890426
www.an.camcom.it

Servizio Metrico
Via Cupramontana, 1 - 60124 Ancona
Tel. +39 071 84301 +39 071 5898247
Fax +39 071 2817123
e-mail. ufficio.metrico@an.camcom.it

Parte riservata all'Ufficio Richiesta n.______________ del_______________

Elenco strumenti per i quali si chiede la verificazione periodica metrica.

Tipo strumento	*marca*	*modello*	*matricola*	*Portata/prodotto*	*Targa o altro*

Numero sigilli rimossi per manutenzione |__|__|__|

Specificare le parti dello strumento sulle quali è stato effettuato l'intervento di manutenzione: (Es. Carter, colonna, misuratore testata ecc)	

Tipo strumento	*marca*	*modello*	*matricola*	*Portata/prodotto*	*Targa o altro*

Numero sigilli rimossi per manutenzione |__|__|__|

Specificare le parti dello strumento sulle quali è stato effettuato l'intervento di manutenzione: (Es. Carter, colonna, misuratore, testata ecc)	

Tipo strumento	*marca*	*modello*	*matricola*	*Portata/prodotto*	*Targa o altro*

Numero sigilli rimossi per manutenzione |__|__|__|

Specificare le parti dello strumento sulle quali è stato effettuato l'intervento di manutenzione: (Es. Carter, colonna, misuratore, testata ecc)	

Addì _________________

Firma del Richiedente

____

Dichiarazione del Riparatore ai sensi della C.M. 62/1997

Si dichiara che gli strumenti riparati non hanno subito modificazioni e che mantengono i requisiti originali dichiarati dal fabbricante per l'ammissione a verifica prima

Denominazione fabbricante/riparatore |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N. REA |__|__|__|__|__|__|__|__| Provincia dove ha la sede legale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Addì_____________________

____

Firma Fabbricante Metrico