

MODULO RECLAMI

Spett/Le SI GAS DISTRIBUZIONE S.R.L.
VIA MANCINI, 15
98071 CAPO D' ORLANDO ME
TEL 0941914850 – FAX 0941914660

Codice cliente _____

Indirizzo Fornitura _____

Codice PDR _____

Data: _____

Oggetto: Reclamo inerente il servizio di distribuzione Gas-

Con la presente il sottoscritto:

Nominativo/Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Comune di _____ cap _____ Prov. _____

Telefono _____ fax _____ e-mail _____

fascia oraria di disponibilità per il contatto telefonico dalle ore _____ alle ore _____

Inoltre formale reclamo relativo alla seguente prestazione (barrare la casella con la voce di interesse):

- Servizio di reperibilità e/o pronto intervento
- Preventivazione per l'esecuzione di lavori
- Esecuzione di lavori
- Attivazione della fornitura
- Disattivazione della fornitura
- Riattivazione della fornitura in seguito a sospensione per morosità
- Verifica del gruppo di misura
- Verifica della pressione della fornitura
- Preavviso su sospensione programmate
- Durata delle sospensioni programmate
- Risposta a reclami scritti
- Risposta a richieste di informazioni scritte
- Rispetto degli appuntamenti concordati
- Indennizzi automatici (rimborsi)
- Lettura del gruppo di misura
- Mancata visione di documenti e/o atti richiesti
- Altro _____

Al riguardo segnala quanto segue:_____

In attesa di Vs. Riscontro nei tempi fissati dalle disposizioni dell’Autorità per l’Energia Elettrica ed il Gas (*), autorizza, ai sensi e per gli effetti della legge 675/96 e successive modifiche ed integrazioni, al trattamento dei suoi dati personali per le finalità connesse alla gestione del presente reclamo.

Distinti saluti.

Firma leggibile

RICEVUTA PRESSO GLI UFFICI DI _____ in data _____

FIRMA dell’INCARICATO _____

(*) 20 giorni lavorativi fra la data di ricevimento del reclamo e la data di risposta.