



SERVIZIO CONTROLLO E VERIFICA FGAS

Il sottoscritto

Titolare dell'azienda/ditta:

Codice AUA:

Socio ARAL SI NO

In assenza del TIMBRO AZIENDA:

Indirizzo:

Comune: prov

Telefono: E-mail:

Partita IVA / Cod. Fisc:

TIMBRO AZIENDA

CHIEDE

assumendomi la responsabilità delle informazioni che fornirò al tecnico ARAL, conferisco incarico all'ARAL per le verifiche delle apparecchiature di refrigerazione / condizionamento contenenti gas fluorurati ad effetto serra relativamente a n° _____ apparecchiature

Controllo/verifica perdite Gas Fluorurati Annuale

Controllo/verifica perdite Gas Fluorurati Semestrale

Con la firma del presente modulo dichiaro di essere a conoscenza delle tariffe stabilite per l'erogazione del Servizio e ne accetto le condizioni.

Luogo.....

Data.....

FIRMA

- Il trattamento dei dati richiesti sarà conforme alle norme vigenti in materia (D.Lgs. 196/2003) -