

RICHIESTA VERIFICAZIONE PERIODICA STRUMENTI PER PESARE A FUNZIONAMENTO AUTOMATICO E NON AUTOMATICO

A CURA DEL CLIENTE:

1. DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE DELLO STRUMENTO

Ragione Sociale:		P.IVA:	
Sede Legale:		CAP:	Località:
Pec/SDI:	CONTATTI	Tel.:	Cell.:
Persona di Riferimento:		e-mail:	
Modalità di Comunicazione preferita:		<input type="checkbox"/> Cellulare	<input type="checkbox"/> Mail

2. DATI STRUMENTI DA SOTTOPORRE A VERIFICAZIONE PERIODICA

Nr	Tipo (AWI/NAWI)	Marca	Modello	Matr.	Portata Max [#]	Portata Min	Libretto Metrologico	Scadenza
1							SI <input type="checkbox"/> NO* <input type="checkbox"/>	
2							SI <input type="checkbox"/> NO* <input type="checkbox"/>	
3							SI <input type="checkbox"/> NO* <input type="checkbox"/>	
4							SI <input type="checkbox"/> NO* <input type="checkbox"/>	
5							SI <input type="checkbox"/> NO* <input type="checkbox"/>	

SE DIVERSO DALLA SEDE LEGALE: Strumenti ubicati presso il seguente indirizzo _____

A seguito di: scadenza verifica periodica ***Motivo:** non rilasciato
 rimozione dei bolli metrici avvenuta il _____ nuovo strumento
 altro: _____ smarrito

**A COMPLETAMENTO DEL PRESENTE MODULO SI RICHIEDE DI ALLEGARE FOTO DELLA
TARGHETTA CON LE INDICAZIONI METROLOGICHE DEGLI STRUMENTI.**

Indicare se in possesso di: Documento di omologazione dello strumento
 Manuale d'uso dello strumento

[#]Per strumenti per pesare a funzionamento automatico del tipo selezionatrici ponderali: Dichiarare il range di pesatura che si vuole sottoporre a verifica periodica, se diverso dai valori di targa dello strumento.

N.B. In caso di strumenti in numero maggiore, utilizzare dei fogli aggiuntivi, da siglare e allegare alla presente richiesta di offerta.

3. PARTICOLARI ESIGENZE

Data _____

Firma: _____

A CURA DELL'ORGANISMO: N° identif. Interna _____ data del riesame: _____ del _____