AGFENERGY
a great future for energy

Per richieste e info
assistenzaclienti@agfenergy.it
080.2460510

Spett.le AGF Energy SpA
Piva 08150620725
Via V. Sassanelli 40/42 - 70124 Bari

MODULO PER LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'INSTALLAZIONE O PRESENZA DI APPARATI DI CURA MEDICA ALIMENTATI CON ENERGIA ELETTRICA (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Numero POD _____ Telefono _____

Numero Cliente _____ Email _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per false attestazioni, il sottoscritto

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____ Residente comune _____

Indirizzo _____

Part. Iva _____ Cod. fiscale _____

DICHIARA

a) che nell'abitazione/nel locale/nell'edificio - per cui si richiede/in cui è attiva la fornitura di energia elettrica per uso domestico/usi diversi da quello abitativo intestata a:

Nome _____ Cognome _____

Numero POD _____ Situato nel comune di _____

N° _____ Scala _____ Piano _____ Interno _____

viene utilizzato uno dei seguenti apparati di cura medica:

☐ Respiratore artificiale ☐ Apparato per dialisi ☐ Altro specificare _____

Si allega certificazione dell'ASL locale - o organo equivalente - che attesta la presenza di un apparato di cura alimentato con energia elettrica indispensabile per la sopravvivenza.

b) che l'apparato è indispensabile per la sopravvivenza umana;

c) che l'apparato è alimentato con energia elettrica; Il sottoscritto effettua la presente dichiarazione:

1. ☐ a proprio nome, quale intestatario del contratto con AGF Energy SpA;

2. ☐ nella sua qualità di _____ della società/impresa _____
con sede in _____ Cod. fiscale _____
Part. IVA _____ intestataria del contratto con AGF Energy SpA;

3. ☐ a Nome di _____ Cognome _____
Cod. Fiscale _____ intestatario del contratto con AGF Energy SpA;

Se l'apparato di cura verrà disinstallato, entro 30 giorni dalla disinstallazione, sarà necessario informare il nostro Servizio Clienti, compilare l'apposito modello che verrà fornito e inviarlo ad uno dei nostri recapiti. Questa istanza sarà valida solo se inviata insieme alla copia (fronte/retro) di un documento d'identità valido del dichiarante. Se il dichiarante NON coincide con l'intestatario della fornitura è necessario allegare il documento d'identità di entrambi.

Il presente modulo, deve essere inviato a AGF Energy SpA
via mail all'indirizzo: **assistenzaclienti@agfenergy.it**

Luogo _____ Data _____ ✕ Firma _____

Informativa Privacy: titolare del trattamento dei dati personali è AGF Energy SpA - Sede Legale via V. Sassanelli 40/42 - 70124, Bari I - Reg. Imprese di BARI, C.F. e P.I. 08150620725 - R.E.A. 607676 - Capitale Sociale Euro 500.000,00 i.v. - Informativa privacy disponibile sul sito agfenergy.it