



richiesta
nuovo allacciamento
Punto di Prelievo

REPOWER
L'energia che ti serve.

800 903 900
servizio clienti

TIMBRO CLIENTE
RICHIEDENTE

Spettabile
Repower Vendita Italia spa
via Uberti 37
20129 Milano

LETTERA RACCOMANDATA A/R
[ANTICIPATA VIA EMAIL A SERVIZIO.CLIENTI@REPOWER.COM
O VIA FAX ALLO 02 70045555]

CLIENTE

_____	_____
RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA (CODICE CLIENTE)
_____	_____
REFERENTE PRATICA	RECAPITO TELEFONICO
_____	_____
EMAIL	FAX

ALLACCIAMENTO

<input type="checkbox"/> NUOVO ALLACCIAMENTO*	<input type="checkbox"/> RIALLACCIO	<input type="checkbox"/> ATTIVAZIONE PREPOSATO*	<input type="checkbox"/> VOLTURA IN SEGUITO A SOSPENSIONE PER MOROSITÀ
TIPOLOGIA RICHIESTA	<input type="checkbox"/> ORDINARIA	<input type="checkbox"/> USO CANTIERE <small>(PER UN PERIODO NON INFERIORE A 6 MESI)</small>	IT _____ POD
DATA ALLACCIAMENTO _____ <small>(OBBLIGATORIO SOLO PER USO CANTIERE)</small>	DATA DISATTIVAZIONE _____ <small>(OBBLIGATORIO SOLO PER USO CANTIERE)</small>	<input type="checkbox"/> COLONNINA PER RICARICA PRIVATA	
USO FORNITURA	<input type="checkbox"/> ALTRI USI	<input type="checkbox"/> ILLUMINAZIONE PUBBLICA	<input type="checkbox"/> COLONNINA PER RICARICA PUBBLICA
_____	_____	_____	_____
INDIRIZZO DI FORNITURA	_____	_____	_____
CAP _____	COMUNE _____	_____	PROVINCIA _____
POTENZA RICHIESTA	<input type="checkbox"/> 0,5 kW <input type="checkbox"/> 1 kW <input type="checkbox"/> 1,5 kW <input type="checkbox"/> 2 kW <input type="checkbox"/> 2,5 kW <input type="checkbox"/> 3 kW <input type="checkbox"/> 3,5 kW <input type="checkbox"/> 4 kW <input type="checkbox"/> 4,5 kW <input type="checkbox"/> 5 kW <input type="checkbox"/> 5,5 kW <input type="checkbox"/> 6 kW <input type="checkbox"/> 7 kW <input type="checkbox"/> 8 kW <input type="checkbox"/> 9 kW <input type="checkbox"/> 10 kW <input type="checkbox"/> 15 kW <input type="checkbox"/> 20 kW <input type="checkbox"/> 25 kW <input type="checkbox"/> 30 kW CON LIMITATORE (AI QUALI IL DISTRIBUTORE AGGIUNGERÀ AUTOMATICAMENTE IL 10% DI TOLLERANZA)		
	≥ 17 kW _____ <small>(INSERIRE IL VALORE IN KW)</small> SENZA LIMITATORE		
TENSIONE	<input type="checkbox"/> BASSA TENSIONE MONOFASE (220 V)	<input type="checkbox"/> BASSA TENSIONE TRIFASE (380 V)	<input type="checkbox"/> MEDIA TENSIONE <input type="checkbox"/> ALTA TENSIONE
CASI DI NON DISALIMENTABILITÀ	<input type="checkbox"/> 01 APPARECCHIATURE** MEDICO-TERAPEUTICHE	<input type="checkbox"/> 02 PUBBLICA UTILITÀ (ART. 18.1 A) E C) DEL. AEEG 04/08	_____ RECAPITO TELEFONICO PREAVVISO PERSONALIZZATO PESS

* IN CASO DI NUOVO ALLACCIAMENTO O DI ATTIVAZIONE DI PUNTI GIÀ ALLACCIATI MA MAI ATTIVATI PRIMA, ALLEGARE ISTANZA E CARTA D'IDENTITÀ.
** IN CASO DI FLAG 01, IL CLIENTE DEVE ALLEGARE ANCHE LA RELATIVA CERTIFICAZIONE A.S.L.

_____	_____
LUOGO	DATA

FIRMA E TIMBRO DELLA SOCIETÀ RICHIEDENTE _____