

Il sottoscritto

(nome e cognome)

della Società/Ente

(ragione sociale)

in qualità di

(funzione)

con sede in

(Comune e Provincia)

indirizzo

(via e CAP)

p.iva

del condominio sito a

(Comune e Provincia)

codice fiscale

Amministratore

(nome e cognome / denominazione studio)

con sede in

(Comune e Provincia)

indirizzo

(via e CAP)

telefono

cellulare

mail

fax

richiede l'offerta ai sensi del DPR 162/99 per le seguenti prestazioni

Verifica periodica

Verifica straordinaria

Certificazione CE (allegato VI)

Certificazione CE (allegato X)

DEI SEGUENTI IMPIANTI

ascensore/i n° _____

montacarichi (per sole cose) n° _____

piattaforma/e elevatice/i n° _____

UBICAZIONE DELL'IMPIANTO

sito in

(Comune e Provincia)

indirizzo

(via e CAP)

elenco allegato

NOTE