

RICHIESTA NUOVA ATTIVAZIONE /SUBENTRO ENERGIA ELETTRICA

DATI ANAGRAFICI

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Legale Rappresentante della società _____

P.IVA _____ Codice Fiscale _____

Recapito Cellulare _____ E-mail _____

DELEGA la società COGEME ENERGIA ad effettuare la seguente operazione

- ☐ Subentro (contatore disattivato per cui si richiede la riattivazione)
- ☐ Attivazione preposato (contatore mai attivato per cui si richiede la prima attivazione)
- ☐ Posa contatore con attivazione (predisposizione del contatore con attivazione)

DATI TECNICI

POD _____

Indirizzo _____ N° civico _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Potenza *: ☐ 0,5 ☐ 1 ☐ 1,5 ☐ 2 ☐ 2,5 ☐ 3 ☐ 3,5 ☐ 4 ☐ 4,5 ☐ 5
☐ 5,5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30

Potenza disponibile richiesta: _____ (Senza limitatore di potenza)

Tensione: ☐ Bassa Monofase, ☐ Bassa Trifase, ☐ Media Tensione, ☐ Alta Tensione.

Tipo d'uso: ☐ Altri Usi ☐ Illuminazione pubblica ☐ Domestico residente ☐ Domestico non residente

Tipologia richiesta: ☐ Permanente ☐ Uso temporaneo dal _____ al _____

Cogeme Energia S.r.l.

Società unipersonale

Via XXV Aprile, 18

25038 Rovato (BS)

Tel. 030 77 14 1

info@cogemeenergia.it

 **cogemeenergia.it**

Iscrizione al Registro delle Imprese

CCIAA di Brescia n. 03372830988

REA 528733 - C.F./P.IVA 03372830988

Capitale Sociale 100.000,00 € i.v.

Gruppo Cogeme S.p.A.

Società soggetta all'attività di Direzione

e coordinamento di Cogeme S.p.A.

Società certificata:

UNI EN ISO 9001:2015

UNI EN ISO 14001:2015

UNI ISO 45001:2018

UNI CEI 11352:2014

UNI PdR 125:2022

ESG-SDGs Rating:2022©

USO ENERGIA:

Eventuale categoria di appartenenza (clienti non disalimentabili):

☐ apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per l'esistenza in vita ed alimentate ad energia elettrica

☐ pubblica utilità art 18.1 a) e c) Del. ARERA 04/08

Il Cliente chiede di presenziare all'intervento: ☐ SI ☐ NO

Referente _____ Recapito Cellulare _____

Data e luogo

TIMBRO E FIRMA



ATTENZIONE: ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL SOTTOSCRITTORE DEL MODULO

ALLEGATO MULTI PUNTO

QTà	INDIRIZZO	COMUNE	POT.	TENS.	DEST. USO	USO ENERGIA	DATE
							dal al
							dal al
							dal al
							dal al
							dal al
							dal al
							dal al
							dal al
							dal al
							dal al
							dal al
							dal al

USO ENERGIA:

Eventuale categoria di appartenenza (clienti non disalimentabili):

- ☐ apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per l'esistenza in vita ed alimentate ad energia elettrica
- ☐ pubblica utilità art 18.1 a) e c) Del. ARERA 04/08

Il Cliente chiede di presenziare all'intervento: ☐ SI ☐ NO

Referente _____

Recapito Cellulare _____

Data e luogo

TIMBRO E FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE


