

Spett.le **CERVINO S.r.l.**

Piazza Nicolò Barabino, 10/5

16149 Genova

Tel. 010 646 97 10 - Fax 010 420 69 359

e-mail: info@cervino.org**OGGETTO: RICHIESTA DI OFFERTA**

Il sottoscritto _____
 in qualità di _____
 della Società/Ente _____
 con sede in _____ Prov. _____ CAP _____
 indirizzo _____
 Tel _____ Fax _____
 e-mail _____ PEC _____
 P.IVA _____ CF _____
 Codice SDI _____

Richiede a **CERVINO S.r.l.**,

quale soggetto abilitato per le verifiche delle attrezzature a pressione con Decreto Ministeriale 31/07/2012 una offerta per l'assunzione,
 ai sensi del D.M. 01/12/2004 n°329 e del D.M. 111 del 11/04/2011, dell'incarico per l'esecuzione della:

☐ **Prima Verifica Periodica (PVP)**☐ **Verifica Periodica Successiva (VPS)**

delle attrezzature a pressione elencate nella tabella seguente, ubicate nello stabilimento/edificio

Sito in _____ Prov. _____

Via _____

persona da contattare _____ tel. _____ fax _____ Cell. _____

INTESTAZIONE FATTURA:					
Indirizzo					
Comune		Prov.		Cap	
P.IVA (dato necessario)		Codice fiscale (dato necessario se diverso)			
INVIO FATTURA: (se diverso)					

CARATTERISTICHE TECNICHE DELLE ATTREZZATURE A PRESSIONE													
N°	Matricola	Fabbricante	N° fabbrica	Pressione max ammiss. bar	Fluido			Volume litri	Tubi DN mm	Generatori di vapore		Verifiche	
					natura	stato	gruppo			superf. m²	produc. t/h	tipologia*	scadenza
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

* (interna) **I**; (funzionamento) **F**; (integrità) **D**

Timbro e Firma del Richiedente

Data _____
