



Sede Legale ed Operativa: Via Dello Scalo, 20 – 05026 Montecastrilli (TR)
Tel +39.0744.943139 (4 linee r.a.)
e-mail: amministrazione@semap.info
PEC: semap@pecsicura.it

Laboratorio Metrologico: Via Dello Scalo, 19 – 05026 Montecastrilli (TR)
Tel +39.0744.930728 Fax+39.0744.943139
e-mail: metrologico@semap.info
PEC: metrologico.semap@pecsicura.it

Richiesta di Offerta per Verificazione
45-ROVSGQ Rev. 02 del 23.10.2015
Pagina 1 di 2

Richiesta di offerta per complessi di misura stradali per carburanti

La presente non costituisce ordine di verificazione. Si da luogo all'iter di verificazione all'atto della sottoscrizione dell'offerta della S.E.M.A.P. S.r.l.

Denominazione Utente Metrico: _____

Insegna _____ Cod. Staz. di Serv. _____

Ragione sociale proprietario _____ Codice Punto Vendita (ove presente) _____

Sede legale/indirizzo del proprietario (fatturazione):

Città _____ Via _____ n° _____ CAP _____

C.F. _____ P.IVA _____

TEL. _____ FAX _____

e-mail _____ PEC _____

Referente: _____ Qualifica : _____

Sede strumenti, luogo della verificazione periodica (intervento):

RAGIONE SOCIALE (se diversa): _____

Città _____ Via _____ n° _____ CAP _____

C.F. _____ P.IVA _____

TEL. _____ FAX _____

e-mail _____ PEC _____

Dati utili per l'esecuzione attività di misure:

TIPO IMPIANTO: URBANO EXTRAURBANO AUTOSTRADALE ALTRO _____

TURNO : UNICO SPEZZATO H24

Referente: _____ Recapito : _____

Dettagli della richiesta:

- verificazione periodica a seguito di messa in servizio di strumenti MID
- verificazione periodica a seguito di ordine di aggiustamento
- verificazione periodica a seguito di scadenza biennale
- verificazione periodica a seguito di riparazione

Data riparazione ___/___/_____(allegare rapporto/i se manutentore diverso da SEMAP S.r.l. e libretto metrologico)

Dichiarazione ai sensi della circolare 62 del 17/09/97 del Ministero Industria Commercio e Artigianato (per strumenti elettronici riparati):

Il richiedente, considerati gli interventi eseguiti sulle apparecchiature elettroniche, ai sensi della C.M. 17 settembre 1997, n. 552689/62, dichiara e assicura:

- di aver utilizzato ricambi originali;
- di non aver modificato il programma software fornito dal fabbricante;
- di aver eseguito le operazioni di manutenzione secondo le istruzioni fornite dal costruttore ed elencate nel manuale d'uso e manutenzione e pertanto l'apparecchiatura di cui si chiede la verificazione non ha subito modifiche e mantiene i requisiti originari dichiarati dal fabbricante per l'ammissione alla verificazione metrica.



Sede Legale ed Operativa: Via Dello Scalo, 20 – 05026 Montecastrilli (TR)
Tel +39.0744.943139 (4 linee r.a.)
e-mail: amministrazione@semap.info
PEC: semap@pecsicura.it

Laboratorio Metrologico: Via Dello Scalo, 19 – 05026 Montecastrilli (TR)
Tel +39.0744.930728 Fax+39.0744.943139
e-mail: metrologico@semap.info
PEC: metrologico.semap@pecsicura.it

Richiesta di Offerta per Verificazione
45-ROVSGQ Rev. 02 del 23.10.2015
Pagina 2 di 2

Descrizione strumento/i da verificare:

Direttiva		Marca	Modello	Matricola	Prodotto	Portata L/min	N. tot. pistole erogatore	N. pistole da verificare
<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> NAZ							
<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> NAZ							
<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> NAZ							
<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> NAZ							
<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> NAZ							

Descrizione	Totale	Note
Numero totale degli erogatori da verificare		
Numero totale delle pistole da verificare		

Gli strumenti da sottoporre a verifica periodica sono corredati dalla seguente documentazione:

- Dichiarazione di Conformità SI NO
- Libretto Metrologico (solo strumenti MID) SI NO
- Data Sheet (solo strumenti MID) SI NO

Nel caso di verifica periodica a seguito di intervento che abbia comportato la rimozione di sigilli metrici, si prega di voler compilare la tabella di seguito riportata:

MATRICOLA PISTOLA	POSIZIONE SIGILLI *	NUMERO SIGILLI RIMOSI

* LEGENDA: M = SIGILLI MISURATORE T = SIGILLI TESTATA E = SIGILLI IDRAULICA

Nome e Cognome del legale rappresentante: _____

Timbro e Firma

Spazio riservato al Laboratorio Metrologico della S.E.M.A.P. S.r.l. :

Data ricezione: ____ / ____ / ____ a mezzo: FAX MAIL POSTA Off. n°: _____