



BARISON SERVIZI SRL \_ SMG LAB

**RICHIESTA DI VERIFICAZIONE  
PERIODICA**

Mod.Lab.05.03

Rev.7

Data: 28/02/2023

Pag. 1 di 3

Data della richiesta \_\_\_\_\_

numero della richiesta \_\_\_\_\_ **( a cura dell'Odl)**

**NOTA PER IL CLIENTE:**

Si allega alla presente richiesta il listino prezzi comprensivo del regolamento dell'Organismo di Ispezione di Barison Servizi srl – SMG LAB. L'approvazione del listino comporta l'accettazione del Regolamento stesso.

**La verifica dovrà essere effettuata presso l'impianto:**

Ditta \_\_\_\_\_ Nr. R.E.A. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

P.I. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**L'importo relativo alla verifica dovrà essere fatturato al titolare dello strumento (se non diversamente specificato)**

Ditta \_\_\_\_\_ Nr. R.E.A. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

P.I. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_



BARISON SERVIZI SRL \_ SMG LAB

## RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA

Mod.Lab.05.03

Rev.7

Data: 28/02/2023

Pag. 2 di 3

a) Strumenti sui quali è stato effettuato un intervento di manutenzione (specificare la parte es. misuratore, colonna....)

n.	Tipologia strumento (Tipo erogatore, MID o Naz.)	Lato (L o R)	Matricola	Tipologia prodotto (GPL, S.S.Pb, Gaolio)	Porta Max(l/min)	Parte oggetto dell'intervento	N°sigilli rimossi	Ditta che ha eseguito l'intervento
1								
2								
3								
4								

b) Elenco strumenti per i quali si chiede la verifica periodica

n.	Tipologia erogatore (MID o Nazionale)	Numero pistole	Lato (L o R)	Marca	Modello	Matricola	Tipologia prodotto (GPL, S.S.Pb, Gasolio)	Porta Max (l/min)	Data messa in servizio: gg/mm/aa	Anno marcatura CE o anno di costruzione
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										



BARISON SERVIZI SRL \_ SMG LAB

## RICHIESTA DI VERIFICA PERIODICA

Mod.Lab.05.03

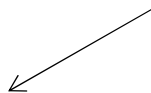
Rev.7

Data: 28/02/2023

Pag. 3 di 3

8										
n.	Tipologia erogatore (MID o Nazionale)	Numero pistole	Lato (L o R)	Marca	Modello	Matricola	Tipologia prodotto (GPL, S.S.Pb, Gasolio)	Porta Max (l/min)	Data messa in servizio: gg/mm/aa	Anno marcatura CE o anno di costruzione
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										

**Firma titolare strumento:** \_\_\_\_\_



**A CURA DELL'ORGANISMO DI ISPEZIONE:**

Data accettazione \_\_\_\_\_

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

(SMG-LAB)