

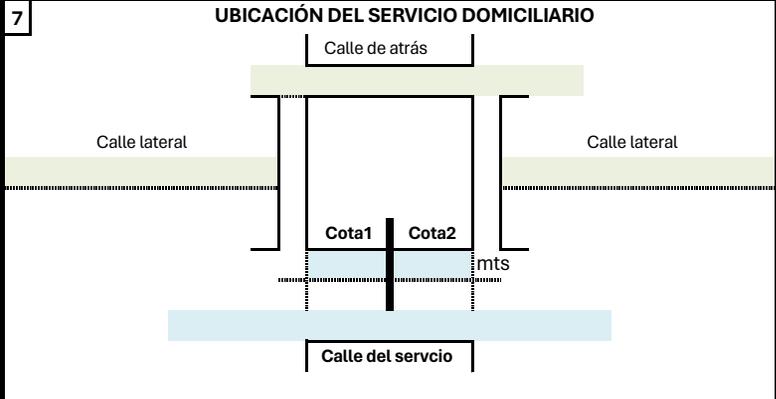
1 PROYECTO DE INSTALACION INTERNA Fecha: <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/> <input type="checkbox"/> Ampliación <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Nueva	2 FACTIBILIDAD ó SUMINISTRO N° <input type="text"/>
---	---

3 DOMICILIO DEL SUMINISTRO	
Calle: <input type="text"/> Entre calle: <input type="text"/> Barrio: <input type="text"/> Localidad: <input type="text"/>	N° puerta: <input type="text"/> Torre <input type="text"/> Piso <input type="text"/> Depto <input type="text"/> y calle: <input type="text"/> Lote: <input type="text"/> N° Partida <input type="text"/> Provincia: <input type="text"/>

4 DATOS DEL CLIENTE (USUARIO)	
Nombre y Apellido o Razón Social <input type="text"/> Email: <input type="text"/> Domicilio: Calle <input type="text"/>	CUIL / CUIT N° <input type="text"/> Telefono: <input type="text"/> Celular: <input type="text"/> N° <input type="text"/> Piso <input type="text"/> Dpto: <input type="text"/> CP: <input type="text"/>

5 DATOS DEL INSTALADOR MATRICULADO	
Nombre y Apellido <input type="text"/> Domicilio: <input type="text"/>	N° Matrícula: <input type="text"/> Categ. <input type="text"/> Email: <input type="text"/> Localidad: <input type="text"/> TE / Cel.: <input type="text"/>

6 SERVICIO DOMILIARIO	
<input type="checkbox"/> Servicio Nuevo <input type="checkbox"/> Servicio Existente 3/4" <input type="checkbox"/> Servicio existente > 3/4" <input type="checkbox"/> Traslado del servicio	<input type="text"/>



8 INSTALACION INTERNA		
Cantidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	c/tomas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Para uso: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Varios: <input type="text"/>

9 DETALLE DE ARTEFACTOS A COLOCAR Y CONSUMOS							
Cantidad	Tipo de Uso	Tipo de Artefacto / Toma	Aprobado SI/NO	Ubicación	Existente SI/NO	Consumo c/u (Kcal/h)	Consumo Total (Kcal/h)
Total Artefactos/Tomas						TOTAL (Kcal/h)	

10 Cañería nueva: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cañería existente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Servicio existente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medidor existente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11 Regulador existente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marca <input type="text"/> N° <input type="text"/> Cap.m3/h <input type="text"/>		

Se declara bajo juramento conocer y cumplir estrictamente las Disposiciones y Normas Mínimas para la instalación de gas natural aplicables a lo descrito en el presente formulario	Acuse de Recibo de Litoral Gas SA
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <input type="text"/> Firma del Cliente </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <input type="text"/> Firma del Matriculado </div> </div>	<input type="text"/> <input type="text"/>

RESERVADO PARA LITORAL GAS SA	
DESIGNACION REGULACION Y MEDICION	Ubicación nicho verifica datos de Factibilidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
MEDIDOR Cantidad: <input type="text"/> Capacidad: <input type="text"/>	Plancheta N° <input type="text"/>
REGULADOR Capacidad: <input type="text"/> Regulador de reserva: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Necesidad de intervención Matriculado en Sist. de Combustión: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Artefacto/s <input type="text"/>