



## ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΑΝΕΚΔΟΣΗΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

**ΠΡΟΣ: PROTERGIA**

**Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών**

Μαρίνου Αντύπα 11, 141 21 , Ν. Ηράκλειο Αττικής

T: 18311, F: 210 3448555, E: [cs@protergia.gr](mailto:cs@protergia.gr)

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ

**Όνοματεπώνυμο/ Επωνυμία Επιχείρησης:**

**Α.Φ.Μ.:**

**Δ.Ο.Υ.:**

**Διεύθυνση:**

**Τ.Κ.:**

**Πόλη:**

**Τηλέφωνο:**

**E-mail:**

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ

**Αριθμός Παροχής:**

**Διεύθυνση Εγκατάστασης:**

Με την παρούσα αιτούμαι την επανέκδοση λογαριασμού μηνός .....

Παρακαλώ όπως αποσταλεί στην ως άνω αναγραφόμενη διεύθυνση μέσω:

Ταχυδρομείου

Φαξ

E-mail

**Ημερομηνία:** ...../...../.....

.....  
**Υπογραφή/Σφραγίδα Πελάτη**