

FORMATO 7
Solicitud de Contrastación de medidor de agua potable

N° DE SUMINISTRO CÓDIGO DE RECLAMO N°:

NOMBRE DE LA EMPRESA PRESTADORA
LOCALIDAD O CENTRO DE SERVICIO

NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE

| | | |
|------------------|------------------|---------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
|------------------|------------------|---------|

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI,LE,CI)

RAZÓN SOCIAL

UBICACIÓN DEL PREDIO

| | | | |
|-------------------------|------------|------------------------------|------|
| (Calle, Jirón, Avenida) | N° | Mz | Lote |
| (Urbanización, Barrio) | Provincia | Distrito | |
| Teléfono | N° Medidor | Diámetro de la conexión (mm) | |

DEFINICIONES

1. Contrastación: Procedimiento técnico que determina el grado de precisión del medidor de agua potable, de acuerdo a las normas metrológicas vigentes y las recomendaciones de la SUNASS, por comparación con un patrón certificado por el INDECOPI.
2. Contrastación en campo: Contrastación realizada sin retirar el medidor de agua potable de la conexión domiciliaria, bajo las condiciones hidráulicas correspondientes al servicio que recibe el usuario.
3. Contrastación en laboratorio: Contrastación realizada en un laboratorio, bajo condiciones hidráulicas controladas que pueden diferir de las condiciones del servicio que recibe el usuario, para lo cual se retirará el medidor de la conexión domiciliaria. El laboratorio puede ser una instalación permanente o móvil, que cumpla con los requisitos establecidos por el INDECOPI.

SELECCIÓN

TIPO DE CONTRASTACIÓN (marcar)

1. CONTRASTACIÓN EN CAMPO 2. CONTRASTACIÓN EN LABORATORIO

ENTIDAD CONTRASTADORA
Escribir el nombre de la Entidad Contrastadora seleccionada por el usuario del listado proporcionado por SEDAPAL

DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD CONTRASTADORA

| | | | |
|-------------------------|-----------|----------|------|
| (Calle, Jirón, Avenida) | N° | Mz | Lote |
| (Urbanización, Barrio) | Provincia | Distrito | |

COSTO DE LA CONTRASTACIÓN:

DECLARACIÓN RESPECTO AL COSTO DE LA CONTRASTACIÓN

Me comprometo a asumir el costo de la contrastación, si se comprobara que el medidor no sobregregistra.

Firma del Reclamante

Huella digital *
(Indice derecho)

Fecha

* En caso de no saber firmar o estar impedido bastará con la huella digital