



## SOLICITUD DE DESCONEJÓN DE SERVICIO

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Por medio de la presente solicito a ustedes la desconexión en el servicio que indico:

Servicio N° (*)		Tarifa	
Potencia		Fases	
Nombre Cliente (*)		RUT (*)	
Fono (*)		Email	
Dirección del Servicio			
Sector		Comuna	
Nombre Contacto (*)		Tel	
Período de desconexión	Desde:		Hora: <input type="text"/>
	Hasta:		Hora: <input type="text"/>
Nivel de Tensión:	<input type="checkbox"/> Baja Tensión <input type="checkbox"/> Media Tensión		

El motivo por el cual solicito la desconexión del servicio es:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Datos del representante legal

Nombre completo	
Rut	
Email	
Celular	
Contacto en terreno (*)	

### Persona responsable de la desconexión

Nombre completo	
Rut	
Email	
Celular	
Tel	

### Documento a presentar

<input type="checkbox"/>	Personalidad jurídica
<input type="checkbox"/>	Poder simple en que consten las facultades de representación

\_\_\_\_\_  
Firma Cliente / Usuario / Representante Legal

(\*) Campos Obligatorios

**Nota:** Este requerimiento tiene costo indicado en tarifa regulada de servicios, según Decreto N° 13 T de fecha 24/07/2018.

**Nota:** El plazo para este requerimiento es de 7 días corridos (5 días hábiles)

Nombre \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

