



_____de _____de 20__

SOLICITUD DE DESCONEXIÓN DE SERVICIO

☐ BT

☐ AT

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

Servicio N° (*)				Tarifa	
Potencia				Fases	
Nombre Cliente (*)				RUT (*)	
Fono (*)				Correo Electrónico	
Dirección del Servicio					
Sector				Comuna	
Nombre Contacto (*)				Fono	
Fecha de desconexión			Horario	Desde:	Hasta:
Nivel de Tensión:	☐ Baja Tensión	☐ Media Tensión			

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

Atentamente,

(*) 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)

Firma Cliente / Usuario / Representante Legal

Nombre: _____

RUT: _____



FRONTEL
800 600 802



SAESA
800 600 801



LUZ OSORNO
800 600 804



EDELAYSEN
800 600 803