

_____, _____ de _____ de 201__

Señores
GRUPO SAESA

REF.: SOLICITUD DE COMPRA DE MEDIDOR

Monofásico

Trifásico

Por medio de la presente, solicito a ustedes la compra del medidor en el servicio que indico:

Servicio N° (*) _____ Tarifa _____

Potencia _____ Fases _____

Nombre Cliente (*) _____ RUT _____

Fono (*) _____ Correo electrónico _____

Dirección del servicio _____

Sector _____ Comuna _____

El motivo por el cual solicito la compra del medidor es:

Atentamente,

Firma Cliente / Usuario / Representante Legal

Nombre: _____

RUT: _____

(*) Campos obligatorios

Nota: Los costos de este servicio serán cobrados en la siguiente facturación.

Nota: Este requerimiento tiene costo indicado en tarifa regulada de servicios, según Decreto N° 197 de fecha 17.07.2009.

Atención al Cliente: SAESA y LUZ OSORNO 600 401 2020 – FRONTEL 600 401 2021 – EDELAYSEN 600 401 20 22

www.gruposaes.cl