



\_\_\_\_\_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:	<input type="checkbox"/> Baja Tensión <input type="checkbox"/> 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  
600 401 20 21



SAESA y LUZ OSORNO  
600 401 20 20



EDELAYSEN  
600 401 20 22