

\_\_\_\_\_ 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  
800 600 802



SAESA  
800 600 801



LUZ OSORNO  
800 600 804



EDELAYSSEN  
800 600 803