



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

## SOLICITUD DE INSPECCIÓN DE SERVICIO

Por medio de la presente, solicito a ustedes inspección del servicio que indico:

Servicio N° (*)		Tarifa	
Potencia		Fases	
Nombre Cliente (*)		RUT	
Representante (*)		RUT	
Fono (*)		Email	
Dirección de servicio			
Sector (*)		Comuna	
Contacto terreno (*)		Fono (*)	

Motivo por el cual solicito la inspección de servicio: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Atentamente,

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

Nombre: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

\*Campo obligatorio.

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° 13T fecha 24.07.2018



FRONTEL  
800 600 802



SAESA  
800 600 801



LUZ OSORNO  
800 600 804



EDELAYSSEN  
800 600 803