

_____ de _____ de 201__

Señores
GRUPO SAESA

REF.: 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 desconexión: _____ Horario desde: _____ Hasta: _____

Nivel de Tensión: Baja Tensión Media Tensión

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

Atentamente,

Firma Cliente / Usuario / Representante Legal

Nombre: _____

RUT: _____

(*) Campos obligatorios

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

Nota: El plazo para este requerimiento es de 7 días corridos (5 días hábiles)