

# RESIDENCIAL/COMERCIAL SOLICITUD DE DESCONEXIÓN DEL SERVICIO



## Información del Cliente

<b>Nombre en la cuenta:</b>	Nombre:	Apellido:
	Nombre del Negocio:	
	Número de Seguro Social/Identificación Federal:	
	Correo electrónico:	Número de Cuenta:
<b>Teléfono:</b>	Número Principal:	Número secundario:

## Dirección de Servicio

<b>Dirección de Servicio:</b>	Dirección:	Apt/Unidad/Lote:
	Ciudad: Estado:	Código Postal:
<b>Fecha de desconexión del servicio:</b>	<i>Lunes-Viernes (excepto días festivos)</i>	
	Motivo de la solicitud de desconexión:	

## Dirección Postal

*Proporcione la dirección de facturación si es diferente de la dirección del servicio. Esta dirección se utilizará para enviar su factura final.*

Dirección:	Apt/Unidad/Lote:
Ciudad: Estado: País:	Código Postal:

## Terminos y Condiciones

- Se requiere un mínimo de un día laboral en todas las desconexiones del servicio
- Los depósitos, cuando corresponda, se acreditarán en la factura final y cualquier crédito restante se enviará por correo a la dirección de reenvío proporcionada
- Si la persona que solicita la desconexión no es el titular de la cuenta primario, solicitaremos la firma y comprobantes para procesar la desconexión del servicio.

**Solicitado por:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## Office Use

*Para uso de la oficina de Santee Cooper.*

SA ID:

Account ID: