



**UNIDAD MUNICIPAL DESCONCENTRADA
AGUAS DE SIGUATEPEQUE**

SOLICITUD DE SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL SERVICIO

FECHA:

NOMBRE DEL CLIENTE:

NUMERO DE IDENTIDAD:

NUMERO DE CUENTA O CLAVE CATASTRAL:

NÚMERO DE TELEFONO:

DIRRECCIÓN EXACTA:

USO DEL SERVICIO: RESIDENCIAL ____ COMERCIAL ____ INDUSTRIAL ____ GOBIERNO ____

SERVICIO: AGUA POTABLE ____ ALCANTARILLADO SANITARIO ____

Por medio de la presente solicito a la Unidad Municipal Desconcentrada "Aguas de Siguatepeque" la suspencion temporal del servicio de Agua Potable o Alcantarillado Sanitario en mi propiedad, debido a la siguiente:

TIEMPO DE SUSPENSIÓN 6 MESES

Atentamente;

Firma del cliente