Salitre ____ de _____del ___
Nº_____

EXONERACIÓN 50%:

3era edad ☐ **Discapacidad:** ☐

ATENCION AL USUARIO
EMPRESA MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO DE SALITRE

Nombres y Apellidos: _____
C.I: _____

Observación:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ADJUNTO:
REFERENCIA:
Nº TELEFONO:

ATENTAMENTE,

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE