

ACREDITACIÓN DE CLIENTE

FORMULARIO Nº9

RECIBIDO EN LA OFICINA DE	RECIBIDO POR	FECHA DE RECEPCIÓN	Nº DE ATENCIÓN

Nº PROYECTO (Solo si lo dispone)	Nº DE CLIENTE (Dato Requerido Obligatorio) (Adjuntar boleta)

ANTECEDENTES DE LA PROPIEDAD	
Calle	Número
Entre calle	y Calle
Sec / Pob.	Comuna

ANTECEDENTES DEL PROPIETARIO
Nombre
Teléfono / E-mail / Fax

CAUSAL QUE ORIGINA LA NECESIDAD DE CONTAR CON CERTIFICACIÓN DE INSTALACIONES (MARCAR CON X)

REGULARIZAR INSTALACIONES SIN MODIFICAR / AMPLIAR NI CAMBIAR DESTINO
 MODIFICAR / AMPLIAR INSTALACIONES SIN CAMBIAR SU DESTINO
 MODIFICAR / AMPLIAR INSTALACIONES CON CAMBIO DE DESTINO

DESTINO O USO ANTIGUO DEL INMUEBLE	DESTINO O USO NUEVO DEL INMUEBLE
<input type="checkbox"/> HABITACIONAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL / PRODUCTIVO <input type="checkbox"/> OTRO: _____	<input type="checkbox"/> HABITACIONAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL / PRODUCTIVO <input type="checkbox"/> OTRO: _____

OTRO (INDICAR) : _____

AQUELLAS INSTALACIONES QUE SE HAN TRANSFORMADO Y/O AMPLIADO ESTÁN SUPEDITADAS, BAJO RESPONSABILIDAD DEL PROPIETARIO, A REGULARIZAR DICHAS MODIFICACIONES ANTE ESTA EMPRESA SANITARIA.

ESTA SOLICITUD SE RESPONDERÁ EN UN PLAZO MÁXIMO DE 10 DÍAS, CONTADOS DESDE SU FECHA DE INGRESO.

FIRMA Y RUT PROPIETARIO

RECIBO DEL CLIENTE

COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD DE CERTIFICADO DE INSTALACIONES

SE RECOMIENDA CONSERVAR ESTE RECIBO DURANTE LA TRAMITACIÓN

Esta solicitud se resolverá en un plazo máximo de 10 días, contados desde su fecha de ingreso.



RECIBIDO EN LA OFICINA DE	RECIBIDO POR	FECHA DE RECEPCIÓN	Nº DE ATENCIÓN	FECHA MÁXIMA DE RESPUESTA