



Provincia de Santa Fe



Ente Regulador de Servicios Sanitarios

RECLAMO ENRESS N°: _____.

RECLAMO POR DESACUERDO COMERCIAL

FACTURACIÓN

BAJA PRESIÓN

DOMICILIO:.....

CUENTA:

UNIDAD FACTURACIÓN:

REQUERIMIENTO EN ASSA:

DESACUERDO EN LOS SIGUIENTES PERIODOS

--	--	--	--	--	--

OBSERVACIONES DEL USUARIO:

.....

.....

.....

FIRMA DEL USUARIO:

ACLARACIÓN:

TEL.