

Plaza Colón, 12 Bajos · 12300 Morella Tel 964 173 275

Gestión de solicitudes: accesored@maestrazgodistribucion.com

SOLICITUD PUNTO SUMINISTRO GESTIONADO POR INSTALADOR

N° EXPEDIENTE

DATO Nomb		STALADOF	R / REPRES	ENTANTE	NIF		e-mail	_	
Direc	cción					Teléfono		Fax	
DATOS DEL TITULAR									
Nomb	рге				DNI			Teléfono	
Dirección				Población		Correo electrónico			
DATOS DEL SUMINISTRO									
Potencia Solicitada				Dirección					
2.0 TD	P1		P2						
	P1 P2 P3			Población			Cups		
3.0 TD									
Y	P4	P5	P6	Nivel de tensión	Tipo de sumini	stro			
6.X TD] Monofásico	☐ Tr	rifásico	
TIPO	DE SUMIN	NISTRO		PREVISIÓN DE CARGA	EVISIÓN DE CARGAS (ITC BT-10)		CENTRO DE TRANSFORMACIÓN (Rellenar por MADE)		
☐ Nu	☐ Nuevo ☐ Provis. Obras			☐ Vivienda Unifamiliar	☐ Industrial ☐ Explotación Agropecuaria		Nombre		Código
☐ Am	☐ Ampliación ☐ Otros			☐ Conjunto Viviendas. N°					
				☐ Local Comercial	Otros				
☐ Cambio de tensión ☐				☐ Garaje					
CROQUIS DE SITUACIÓN A ADJUNTAR PLANO									
*Indicar	r coordenadas as	UTM, X e Y si	se disponen						
" indicar	coodenadas	U I IVI, X E Y SI	se aishoueu						
OBSER	RVACIONE	S				Firma insta	lador	Firma en	npresa
						Fecha		Fecha	

Deberá rellenar el documento adjunto indicando la potencia solicitada y el punto de suministro.

Una vez rellenado el impreso debe remitirse a la empresa por correo electrónico o por correo postal según los datos expuestos en la cabecera

DECLARO que esta manifestación es fiel y auténtica (asumo las responsabilidades legales de toda falsedad u omisión, con indemnidad para MAESTRAZGO DISTRIBUCIÓN ELÉCTRICA, y en virtud de la misma AUTORIZO a solicitar, en mi nombre, las condiciones técnico-económicas del suministro abajo indicado y recibir la información emitida por la EMPRESA DISTRIBUIDORA en respuesta a dicha solicitud.