



SOLICITUD de CONEXIÓN EXTERNA SANITARIA CLOACAL

A: **Depto. SERVICIOS SANITARIOS - SERVICOOOP**

Puerto Madryn, de del 201...

El que suscribe _____

Solicita FACTIBILIDAD de CONEXION EXTERNA CLOACAL para ABASTECIMIENTO de:

<input type="checkbox"/>	FORESTACIÓN	<input type="checkbox"/>	OBRA	<input type="checkbox"/>	EDIF. EXISTENTE
del TIPO					
<input type="checkbox"/>	RESIDENCIAL UNIFAMILIAR	<input type="checkbox"/>	INDUSTRIA		
<input type="checkbox"/>	RESIDENCIAL COLECTIVA	<input type="checkbox"/>	QUINTA o FINCA AGROINDUSTRIAL		
<input type="checkbox"/>	RESIDENCIAL TEMPORARIA				
<input type="checkbox"/>	QUINTA o FINCA RESIDENCIAL	<input type="checkbox"/>	CAMPING		
<input type="checkbox"/>	EDIFICIO / COMPLEJO (HABITACIONAL/COMERCIAL)	<input type="checkbox"/>	CLUB		
<input type="checkbox"/>	HOTEL / HOSTERIA	<input type="checkbox"/>	CONSECCION (MUNICIPAL u OTRA)		
<input type="checkbox"/>	LOTE SOCIAL				
<input type="checkbox"/>	BARRIO (PLAN VIV. MUNICIP./PROVINC./COOP./OTRO)	<input type="checkbox"/>	EDIFICIO PÚBLICO		
		<input type="checkbox"/>	PLAZA MUNICIPAL / ESPACIO PÚBLICO		
<input type="checkbox"/>	COMERCIO GRAL.	<input type="checkbox"/>	INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL		
<input type="checkbox"/>	COMERCIO DIFERENCIADO (LAVADERO/EST. SERV./LUBRICENTRO/OTRO)	<input type="checkbox"/>	INSTITUCIÓN NO GUBERNAMENTAL		
<input type="checkbox"/>	_____ (ESPECIFICAR OTRO)				

Ubicada en:

DIST. / DEPTO.	_____	EJIDO	_____	CIRC.	_____	SECCIÓN/SECTOR	_____
MZO./MZA.	_____	PARCELA	_____	MZO./MZA. (Nom. Ant.)	_____	PARCELA (Nom. Ant.)	_____
UNID. FUNCIONAL	_____		N° PART. CATAST.	_____			
sobre CALLE	_____		N°	_____			
entre	_____		y	_____			

INMUEBLE del cual DECLARO ser PROPIETARIO (se adjunta DOCUMENTACIÓN RESPECTIVA)

En caso de APROBARSE la FACTIBILIDAD SOLICITADA, la CONEXIÓN EXTERNA será EJECUTADA por el INSTALADOR MATRICULADO

APELLIDO/NOMBRE _____ MAT. N° _____

quien se COMPROMETE EXPRESAMENTE a:

- CUMPLIR con los TRÁMITES TÉCNICOS y COMERCIALES requeridos por el Departamento SERVICIOS SANITARIOS y el Sector COMERCIAL de SERVICOOOP.
- EJECUTAR la CONEXIÓN EXTERNA SOLICITADA en conformidad a las NORMAS CONSTRUCTIVAS y DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS que oportunamente les sean dadas a conocer en la OFICINA TÉCNICA del Departamento SERVICIOS SANITARIOS.
- ASUMIR CARGO/S, RIESGO/S y RESPONSABILIDAD/ES CIVIL/ES de COMPETENCIA para los trabajos en la VÍA PÚBLICA (s/LEY/ES y ORDENANZA/S VIGENTES).

SELLO y FIRMA MATRICULADO

FIRMA TITULAR (ACLARACIÓN / DOCUMENTO)

DOMICILIO REAL: _____

DOMICILIO LEGAL: _____

TEL/FAX: _____

e-mail: _____

RESERVADO a SERVICOOOP

Se APRUEBA la presente SOLICITUD al solo efecto de cumplimentar los TRAMITES COMERCIALES de la CONEXIÓN SOLICITADA

TIPO CONEX. _____ DIAM.: _____ MAT. RED _____

VENTA de MATERIALES y SERVICIOS ESPECIALES

SI (SE ADJUNTA DETALLE)
 NO

V° SERVICIOS SANITARIOS	OBSERVACIONES

La presente SOLICITUD APROBADA NO HABILITA al INSTALADOR a dar INICIO a la EJECUCIÓN de la CONEXIÓN EXTERNA SANITARIA, sin previo cumplimiento de los TRÁMITES COMERCIALES requeridos.-