



SOLICITUD DE PORTABILIDAD

Nº OAP Consulta:
Nº OAP Solicitud:

Fecha: / /
Ciudad: Santiago

MODALIDAD DE SERVICIO
0: Prepago 1: Post Pago

TIPO DE SERVICIO
0: Móvil X 1: Fija 2:

Poder Simple:
Poder Notarial (Empresas):

Empresa Donante:

DATOS SOLICITANTE

Nombre/Razón Social:

Rut:

Representante Legal:

Rut:

Dirección Instalación/Cobro (Móvil):

Teléfonos de Contacto:

Email:

DATOS SUSCRIPTOR

Nombre/Razón Social:

Rut:

Representante Legal:

Rut:

Dirección Instalación/Cobro (Móvil):

Teléfonos de Contacto:

Email:

Nº Teléfono	IMEI	CAP

OAP: Organismo Administración de la Portabilidad.

www.Telefonicadelsur.cl

6008004000

NOMBRE Y FIRMA