



**Gobierno
de Junín**

SOLICITUD DE REVISIÓN DE FACTURA DE SERVICIOS SANITARIOS

Junín, ____ de _____ de 20__

Señor

Intendente Municipal

Pablo Petrecca

S / D

Por la presente solicito se revea la factura de Servicios
Sanitarios de la Partida _____ ubicada en calle _____
_____ por exceso en el consumo.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

Firma _____ Domicilio _____

Aclaración _____ Teléfono _____

DNI _____

OBSERVACIONES

MESA DE ENTRADAS

Rivadavia 80

T. 0236 4631600 int. 253

mesadeentredas@junin.gob.ar

  junin.gob.ar