



Servicios Financieros
 División de Atención al Consumidor
 825 W. Irving Blvd.
 Irving, TX 75060
 Ph (972) 721-2411 Fax (972) 721-3733
 e-mail: customer-service@cityofirving.org
www.cityofirving.org

SOLICITUD PARA DESCONTINUAR O TRANSFERIR SERVICIOS

Esta solicitud debe ser completada y recibida por el departamento de Servicio al Cliente por lo menos dos (2) días hábiles de trabajo antes de la fecha de discontinuación. Si la fecha de la solicitud cae un fin de semana o un día feriado de la ciudad, la solicitud será completada al siguiente día hábil laborable. Las solicitudes de servicio son procesadas entre las 8 a.m. y 4 p.m. en la fecha que se ha solicitado.

!!!UNA COPIA DE SU LICENCIA DE CONDUCIR DEBE ACOMPAÑAR ESTA PETICIÓN!!!

Nombre Tal Como Aparece en su Cuenta con la Ciudad de Irving	Número de Cuenta
Dirección donde el Servicio será Descontinuado	Fecha de Descontinuación de Servicios

___ Estoy descontinuoando servicios con la Ciudad de Irving.

Nueva Dirección (Calle, Ciudad, Código Postal)	Número de Teléfono
--	--------------------

Nota: Si usted paga vía retiro automático y no quiere que su última factura sea retirada automáticamente de su cuenta bancaria, por favor ponga su inicial aquí. _____

___ Estoy transfiriendo mis servicios a otro lugar dentro de la Ciudad de Irving.

Nueva Dirección	Número de Teléfono
-----------------	--------------------

Yo solicito que los servicios en mi nueva dirección comiencen el _____ (Fecha en que se comenzará el nuevo Servicio). Además, entiendo que el nuevo servicio no será iniciado en la nueva dirección hasta que yo tenga pagado cualquier balance atrasado que yo deba en mi cuenta actual, así como el nuevo depósito si alguno es requerido.

Yo, el que firma al pie, certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y completada de acuerdo a lo mejor de mis conocimientos, y que soy ___ el cliente mencionado arriba (propiedad residencial) y/o ___ el dueño/representante (propiedad comercial/multifamiliar) del servicio en el lugar mencionado arriba.

Firma	Fecha
-------	-------

**Envíe esta solicitud por Correo a P.O. Box 152288, Irving,
TX 75015-2288 o por fax a 972 721-3733**

To be Completed by City of Irving staff Orly (Esta sección será completada por personal de la Ciudad de Irving solamente.)

Entered By:		Date:		Account Noted:	
-------------	--	-------	--	----------------	--