

CITY OF CLARION

121 1ST ST SW, PO BOX 266 CLARION IA 50525
TELEFONO: 515-532-2847 FAX: 515-532-2171
clarion@clarioniowa.gov

Cancelacion del Servicio de Agua	
Nombre en factura:	Numero telefonico:
Dia de desconexion:	
Direccion:	
Direccion para enviar deposito restante:	
Numero de Cuenta:	
Comentarios Adicionales:	

Al completar este formulario, afirmo que solicito que se desconecte la direccion de servicio anterior y que ya no se me corara a partir de la fecha de vigencia final. Entiendo que soy responsable de todos y cada uno de los cargos a la cuenta que se han facturado y/o la facture final. Si no se recibe el pago, en su totalidad, ala oficina al final de los 30 dias de la fecha de vencimiento, la cuenta se entregara al Programa de Compensacion del Estado de Iowa o al Tesorero del Condado de Wright.

Firma

Fecha

Correo Electronico: _____

INHOUSE: RECEIVED DATE: _____

CLARION REPRESENTATIVE: _____