


# Solicitud de cancelación de portabilidad Lebara Móvil como receptor

Operador receptor: 

Fecha Solicitud Cancelación  De  De   
 Hora:  :

## Tipo de cliente

Particular	Empresa
NIF: <input type="text"/>	CIF: <input type="text"/>
Nombre: <input type="text"/>	Razón Social: <input type="text"/>
Apellidos: <input type="text"/>	Persona Autorizada: <input type="text"/>
<input type="text"/>	NIF. P. Autorizada: <input type="text"/>

Mediante este documento, el que suscribe solicita la cancelación del proceso de portabilidad referente a la solicitud cuyos datos se indican a continuación.

## Datos de la solicitud de portabilidad a cancelar

Nº de la solicitud que desea cancelar (11 dígitos) <input type="text"/>	Fecha Solic. Portabilidad: <input type="text"/>
Operador donante (1): <input type="text"/>	Operador Receptor: <input type="text" value="LEBARA MÓVIL"/>
Nº teléfono móvil <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Observaciones:

A la recepción de esta Solicitud por el Operador Receptor, mientras falte un día y medio para la ventana de cambio (hasta las 14 horas del penúltimo día para la V.C.), el Operador Receptor está obligado a informar al Operador Donante de la Cancelación de la Solicitud de Portabilidad aquí indicada, por petición del Cliente.

## Firma persona autorizada cliente:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

(1) Indíquese el operador reflejado en la solicitud de portabilidad a la que se hace referencia.

**Envíe esta solicitud por fax al 91 721 18 10**