

FORMATO 9
Recurso de Apelación

CODIGO DE RECLAMO N°:

N° DE SUMINISTRO

N° DE RESOLUCIÓN IMPUGNADA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI, LE, CI)

RAZÓN SOCIAL

TIPO DE RECLAMO (Indique la letra del tipo de reclamo)

Tipo de reclamo (ver lista de Formato 2)

FUNDAMENTO DEL RECURSO DE APELACIÓN

PRUEBAS QUE SE ADJUNTAN

INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR SEDAPAL

FECHA MÁXIMA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN

Firma del Reclamante

Huella digital *
(Índice derecho)

Firma del Reclamante

* En caso de no saber firmar o estar impedido