EMAPAB S.A.
JR. SAN PEDRO #297
SUCURSAL: BAGUA

FORMATO N° 8

Recurso de Reconsideración

CODIGO DEL RECLAMO Nro. :

Nro. DE SUMINISTRO

Nro. DE RESOLUSIÓN IMPUGNADA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRES

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

RAZON SOCIAL : CARRERA SERNA ESTEBAN

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

Tipo de reclamo (según lista de Formato 2) :

FUNDAMENTO DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN

NUEVA PRUEBA QUE SUSTENTA EL RECURSO

SOLICITUD DE CONTRASTACIÓN DEL MEDIDOR

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE (aplicable a los medidores por consumo medido, y solamente para aquellos que no solicitaron contrastación al inicio del reclamo):
Acepto la realización de la prueba de contrastación y asumir su costo, si el resultado de la prueba indica que el medidor no sobreregistra:

SI

NO

INFORMACION A SER COMPLETADA POR LA EPS

FECHA MÁXIMA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN	(DD/MM/AA)	

Firma

Huella digital*
(Indice derecho)

Fecha

* En caso de no saber firmar o estar impedido bastara con la huella digital.