

FORMATO 8
Recurso de Reconsideración

		CÓDIGO DE RECLAMO <input style="width: 100px;" type="text"/>										
N° DE SUMINISTRO	<input style="width: 100%;" type="text"/>											
N° DE RESOLUCIÓN IMPUGNADA	<input style="width: 100%;" type="text"/>											
FECHA DE NOTIFICACIÓN	<input style="width: 100%;" type="text"/>											
NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE												
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres										
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI, LE, CI) <input style="width: 100px;" type="text"/>												
RAZÓN SOCIAL <input style="width: 100%;" type="text"/>												
TIPO DE RECLAMO (Indique la letra del tipo de reclamo)												
Tipo de reclamo (según lista de Formato 2) <input style="width: 100px;" type="text"/>												
FUNDAMENTO DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN												
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 2px;"></div>												
NUEVA PRUEBA QUE SUSTENTA EL RECURSO												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr></table>												
SOLICITUD DE CONTRASTACIÓN DEL MEDIDOR												
<div>DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE (aplicable a los medidores por consumo medido, y solamente para aquellos que no solicitaron contrastación al inicio del reclamo):</div> <div>Acepto la realización de la prueba de contrastación y asumir su costo, si el resultado de la prueba indica que el medidor no sobregregistra</div>												
<div>Si <input style="width: 30px;" type="text"/></div> <div>No <input style="width: 30px;" type="text"/></div>												
INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR LA EPS												
FECHA MÁXIMA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN (DD/MM/AA) <input style="width: 100px;" type="text"/>												
Firma	Huella Digital* (Índice derecho)	Fecha										

*En caso de no saber firmar o estar inpedido