

## FORMATO 9:

Recurso de Apelación

	CÓDIGO DE RECLAMO	
N° DE SUMINISTRO		
N° DE RESOLUCIÓN IMPUGNADA		
FECHA DE NOTIFICACIÓN		
NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE		
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)		
PRUEBA QUE SE ADJUNTAN		
INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR LA EMPRESA PRESTADORA FECHA MÁXIMA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN (DD/MM/AA)		
Firma * En caso de no saber firmar o estar impedido	Huella digital* (Índice derecho)	Fecha

(Texto según el Formato 9 de la Resolución de Consejo Directivo N° 066-2006-SUNASS-CD)