

**FORMATO 9
Recurso de Apelacion**

CODIGO DE RECLAMO

N° DE SUMINISTRO

N° DE RESOLUCION IMPUGNADA

FECHA DE NOTIFICACION

NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

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

RAZON SOCIAL

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

Tipo de reclamo (según lista de Formato 2)	<input type="text"/>
--	----------------------

FUNDAMENTO DEL RECURSO DE APELACION

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

PRUEBA QUE SE ADJUNTAN

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------	-------------------------

INFORMACION A SER COMPLETADA POR LA EPS

FECHA MAXIMA DE NOTIFICACION DE LA RESOLUCION	(DD/MM/AA)	<input type="text"/>
---	------------	----------------------

Firma

Huella Digital
(Indice derecho)

Fecha

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