

COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DEL PERU
JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Lima, de del 20

Mg. Nut.:

ROSA ELENA CRUZ MALDONADO

Decana Nacional del Colegio de Nutricionistas del Perú

Presente.-

SOLICITO: REVISIÓN DE PAGOS EN EL SISTEMA DE AFILIACIÓN DE PROFESIONALES DE NUTRICIÓN (SANU)

Yo, , identificado(a) con DNI N°

DNI: , con registro CNP: , celular:

Correo electrónico:

Adjunto los vouchers y/o boletas de los pagos que he realizado correspondiente a:

Tipo de pago:

Cuota Ordinaria

Pago Mensual

Pago Anual

Periodo(s):

DOCUMENTOS ADJUNTOS

● Voucher N° de operación:

● Boleta N°:

● Observaciones / Detalle adicional:

Agradeciendo la atención a la presente.

Atentamente,

Firma

Nombres y Apellidos:

DNI N°: CNP N°: