



GOBIERNO AUTONOMO MUNICIPAL DE SUCRE
Dirección Municipal de Defensa de Consumidores y Usuarios
FORMULARIO



1.- DATOS DEL USUARIO/CONSUMIDOR

Nombre y Apellidos	Número de C.I.
Correo Electronico	Número de Celular

2.- DATOS DEL PROPIETARIO/FUNCIONARIO/INSTITUCION/PROVEEDOR

Razón Social	Nombre Completo
Dirección	

3.- MOTIVO DE LA DENUNCIA

MOTIVO DEL FORMULARIO

4.- ACLARACION

Para que la presente solicitud sea validada, su persona debe presentarse en las proximas 72 horas en oficinas de la **DIRECCIÓN MUNICIPAL DE DEFENSA DE CONSUMIDORES Y USUARIOS G.A.M.S.** que está ubicado en la calle **VILLA BOLIVARIANA - BLOQUE NORTE** para validar la denuncia.

Sucre, de del

FECHA REGISTRO

FIRMA DEL NOTIFICADO