



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



**1.- DATOS DEL USUARIO/CONSUMIDOR**

<b>Nombre y Apellidos</b>	<b>Número de C.I.</b>
<b>Correo Electronico</b>	<b>Número de Celular</b>

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

<b>Razón Social</b>	<b>Nombre Completo</b>
<b>Dirección</b>	

**3.- MOTIVO DE LA DENUNCIA**

<b>MOTIVO DEL FORMULARIO</b>

**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**