



Lima,, de.....de 201.....

Señor licenciado
Antonio Castillo Carrera
Decana Nacional

SOLICITO: REVISIÓN PAGOS EN EL SISTEMA DE AFILIACIÓN
DEL PROFESIONAL NUTRICIONISTA (SANU)

Yo.....
con DNI.....y CNP....., con celular contacto.....y
correo electrónico

Adjunto los voucher´s y/o boletas de los pagos que he realizado correspondiente a:

Cuota ordinaria

Pago mensual

Pago anual

Agradeciendo la atención a la presente

Adjunto

Voucher No operación:.....

Boleta No.....