



Lima, _____ de _____ de 20_____

Licenciada

Maritza Zela Guevara

Decana Nacional del Colegio de Nutricionistas del Perú

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

Yo _____, identificado(a) con

Documento Nacional de Identidad N° _____, con registro 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.

Atentamente,

Firma

Nombres y Apellidos:

DNI N°:

CNP N°:

Adjunto:

- Voucher N° operación: _____

- Boleta N°: _____