



Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

Mg. Nut.:

**ROSA ELENA CRUZ MALDONADO**

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	<input type="checkbox"/>
Pago mensual	<input type="checkbox"/>
Pago anual	<input type="checkbox"/>

Agradeciendo la atención a la presente.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
*Firma*

***Nombres y Apellidos:***

***DNI N°:***

***CNP N°:***

**Adjunto:**

- Voucher N° operación: \_\_\_\_\_
- Boleta N°: \_\_\_\_\_