



Solicitud de Reconsideración

Lugar: _____ Fecha: _____

Nombres y Apellidos: _____

C.I.P./RIF: V E _____ Teléfono Móvil: _____

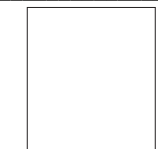
Correo: _____ Teléfono Fijo: _____

Dirección de Domicilio: _____

Descripción de los hechos que motivan la solicitud:

Objeto del requerimiento

Firma del Cliente



Huella Dactilar

Uso Exclusivo de la Agencia	DCUB
<p>N° Reclamo: _____</p> <p>_____ Firma y Sello de Agencia</p>	<p>_____ Firma y Sello de DCUB</p>