Encarnación
GOBIERNO MUNICIPAL
DEFENSA DEL CONSUMIDOR Y USUARIO

FORMULARIO DE RECLAMO

N° de Expediente: _____

Fecha de Recepción: _____ Hora: _____ Recepcionista: _____

DATOS DEL DENUNCIANTE

Nombre o Razón Social: _____

Documento N°: _____ R.U.C:_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Departamento: _____

Teléfono/Celular: _____Email: _____

Representante Legal: _____ C.I. N°: _____ Teléf.: _____

BREVE RESUMEN DEL RECLAMO (*Especificar: lugar y fecha de ocurrencia, rubro económico, petitorio, otros datos de* interés)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

.....

Firma

DATOS DEL RECLAMADO

Nombre o Razón social: _____

C.I.N°/R.U.C: _____Dirección: _____Ciudad:_____

Departamento: _____Teléfono:_____Email:_____

*Obs: Adjuntar al presente formulario de reclamo, fotocopias de: *Documento de Identidad del reclamante * Instrumento probatorio de la relación de consumo (Factura legal, Ticket, Boucher, otros)*

Oficina de Defensa del Consumidor y Usuario: Gral. Artigas entre Capitán Caballero y Gral. Cabañas. Edif. C.D.U.M. Telefax: 071-206.917/18. Email: defensadelconsumidor@encarnacion.gov.py