

SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN			
LUGAR:		FECHA:	Nº RECLAMO:
IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE Y/O USUARIO			
CÉDULA / RIF:	APELLIDOS Y NOMBRES:		
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:			
TELÉFONO DE HABITACIÓN:	OFICINA:	MÓVIL :	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO :
INFORMACIÓN DE LA AGENCIA DEL BANCO			
Nº DE CUENTA CLIENTE:		AGENCIA:	
EJECUTIVO:			
INFORMACIÓN DEL PRODUCTO A RECLAMAR			
PRODUCTO:	TIPO DE RECLAMO:	MONTO A RECLAMAR:	
MONTO A RECLAMAR:			
DESCRIPCIÓN DEL RECLAMO			
FECHA DE LA OPERACIÓN:	NOMBRE DEL COMERCIO:		
DOCUMENTACIÓN PROBATORIA:	VOUCHER	COMPROBANTE DE TRANSFERENCIA	COMPROBANTE DE PAGO MÓVIL

NOTA: Deben Enviar la Planilla debidamente llena al correo del Defensor: Defensor@Sofitasa.com conjuntamente con los requisitos necesarios y/o Dirección Defensoría: 7 ma. Avenida, entre calles 05 y 10, Edificio Occidental, Nivel I, Centro San Cristóbal Táchira. Telf.: 0276-5105151.