Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL INSPECTOR DE COOPERATIVAS

Q U E R E L L A

Fecha _____ Querella Núm._____

Nombre de la Cooperativa:_____

Nombre del Querellante: _____

Número de Socio: _____

Representante del Querellante: _____

_____

Dirección Postal del Querellante: _____

_____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Oficina: _____
(u otro)

Describa brevemente el problema que confronta. Deberá identificar con nombre y cargo, las personas que le han atendido en la Cooperativa. De ser posible, deberá radicar copia de los documentos a los cuales hace referencia.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
FIRMA