

FORMULARIO N° 002

COMPROMISO DE PAGO POR DERECHO DE INSPECCIÓN OCULAR

Yo,(Nombres y Apellidos)....., identificado con DNI N°....., con domicilio legal en (Calle, N°, distrito, provincia, departamento) y correo electrónico , me comprometo a efectuar el pago por derecho de inspección ocular referente al procedimiento administrativo:

.....
.....

....., el mismo que estoy tramitando ante la
....., conforme a lo dispuesto por el TUPA de la ANA vigente.



Lugar y fecha: _____, _____ de _____ de 20__



Firma del solicitante o representante legal

