



Interesado / a

Nombre y Apellidos o Razón social

Teléfono Móvil em@il

NIF Tarj. Resid. Pasap. Dirección

CP Municipio y Provincia

Representante

Nombre y Apellidos o Razón social

Teléfono Móvil em@il

NIF Tarj. Resid. Pasap. Dirección

CP Municipio y Provincia

Expone

Solicita

Si no tiene suficiente espacio, por favor continúe en el reverso de la hoja

A este Ayuntamiento mi deseo que el importe de la devolución me sea abonado mediante transferencia a la siguiente cuenta de la que soy titular

Código Cuenta Cliente (C C C)

Entidad	Sucursal	DC	Número de cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha

___ / ___ / 20__

Firma

SELLO DE REGISTRO