



Excmo. Ayuntamiento de Villaluenga de la Sagra

Área de Hacienda

Tramitación Tributos

402

Sello de Registro

SOLICITUD DE DEVOLUCION DE INGRESOS INDEBIDOS

Contribuyente o representante debidamente autorizado que solicita la devolución (escribir con mayúsculas)

Nombre y Apellidos / Razón social	C.I.F / N.I.F.
-----------------------------------	----------------

Domicilio (escribir con mayúsculas)

Dirección		Nº / Bloque / Piso / Letra.
Código Postal	Municipio	Provincia
Teléfono 1	Teléfono 2	Dirección electrónica habilitada:

Acepto notificaciones en la dirección electrónica habilitada

Concepto reclamado:

<input type="checkbox"/> Vehículo	<input type="checkbox"/> Basura	<input type="checkbox"/> Alcantarillado	<input type="checkbox"/> Licencias	<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Otros:	
Matrícula	Número de recibo	Periodo	Importe:			

Periodos: Importe devolución:

Motivo:

<input type="checkbox"/> Duplicidad	<input type="checkbox"/> Cese de actividad	FECHA: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prescripción	<input type="checkbox"/> Baja vehículo	
<input type="checkbox"/> Resolución de Alcaldía	<input type="checkbox"/> Tranferencia de vehículo en Tráfico	
<input type="checkbox"/> Otros :		

Justificante de ingreso:

Lo aporta Lo aportará No lo tiene

Observaciones:

Medio elegido para la devolución

Código de cuenta

Cheque Transferencia

Este documento consta de 1 página

En Villaluenga de la Sagra,

Firma: _____