

A. OBJETO DE LA SOLICITUD (Marque la casilla que corresponda)

ALTA ⁽¹⁾	CAMBIO DE TITULARIDAD DEL SERVICIO ⁽²⁾	MODIFICACIÓN DE DATOS COBRO / DOMICILIO TRIBUTARIO ⁽¹⁾
---------------------	---	---

B. INMUEBLE TRIBUTARIO

Cumplimente todos los datos para ALTA o BAJA. En caso de MODIFICACIÓN, cumplimente solo los campos objeto de la actualización.

TIPOLOGÍA (VIVIENDA, LOCAL, GARAJE, LOCAL...)		REFERENCIA CATASTRAL	NÚMERO DE REFERENCIA DEL RECIBO			
VÍA (CALLE, PZ, AVDA)	NOMBRE VÍA	NUM O PK	BLOQUE	ESCALERA	PLANTA	PUERTA
CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	PROVINCIA				

C. IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR DEL SERVICIO

Si actúa como representante del titular, marque esta casilla

NOMBRE Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL TITULAR ACTUAL		DNI/NIF/CIF TITULAR ACTUAL				
NOMBRE Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL NUEVO TITULAR (RELLENAR SOLO CASO CAMBIO TITULARIDAD)		DNI/NIF/CIF NUEVO TITULAR				
VÍA (CALLE, PZ, AVDA)	NOMBRE VÍA	NUM O PK	BLOQUE	ESCALERA	PLANTA	PUERTA
CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	PROVINCIA				
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL			

D. DATOS DE COBRO

ALTA o MODIFICACIÓN DE DATOS de abonados con domiciliación bancaria

País	D.C.	Entidad	Oficina	D.C.	Número de cuenta
ENTIDAD		TITULAR DE LA CUENTA			DNI/ NIF /CIF

EL FIRMANTE SOLICITA QUE, CON LA ADMISIÓN DEL PRESENTE ESCRITO Y LOS DOCUMENTOS QUE LO ACOMPAÑEN, SE PROCEDA A EJECUTAR EL OBJETO DE LA SOLICITUD EN EL DOMICILIO TRIBUTARIO ANTERIORMENTE CITADO

En	FIRMA DEL ABONADO/A	
a	DE	DE D/Dña.

(1) SE ADJUNTARÁ UNA FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN LEGAL DEL TITULAR (DNI, NIF, CIF, PASAPORTE). EN CASO DE REPRESENTACIÓN, SE ACOMPAÑARÁ AUTORIZACIÓN FIRMADA POR TITULAR JUNTO CON EL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN LEGAL DEL REPRESENTANTE.

(2) SE ADJUNTARÁ A LA SOLICITUD UNA FOTOCOPIA DE LA HOJA DE LA ESCRITURA FORMALIZADA EN LA COMPRA-VENTA DEL INMUEBLE OBJETO DE LA TRIBUTACIÓN EN LA QUE SE ESPECIFIQUEN LOS DATOS DE LOS INTERVINIENTES Y DEL INMUEBLE, ASÍ COMO LA FECHA DEL ACTO DE COMPRA-VENTA.

LUGAR DE PRESENTACIÓN: REGISTRO OFICIAL DE AYUNTAMIENTOS, OFICINAS DEL OAR Y PROMEDIO.

ENVIAR A: OAR - UNIDAD DE TASAS E IVTM, RSU PROMEDIO, C/ PADRE TOMÁS, 6, 06011, BADAJOZ. TELÉFONO (PROMEDIO) 924 220 427 (OPCIÓN 1).

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos incluidos en este modelo serán procesados e incorporados a la base de datos del OAR, ante el que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.