

Espacio reservado para el sello de registro

Interesado	N.I.F./C.I.F.		Apellidos y nombre, o Razón Social			
	Domicilio Fiscal			Correo electrónico		
	Cod. Postal	Municipio	Provincia		Teléfono	

Representante	D.N.I. / N.I.F.		Apellidos y nombre, o Razón Social			
	Domicilio Fiscal			Correo electrónico		
	Cod. Postal	Municipio	Provincia		Teléfono	

Si desea que la resolución del recurso se le notifique a una dirección distinta del Domicilio Fiscal declarado en este modelo, indíquenos a cual:

### EXPONE

PRIMERO:

SEGUNDO:

Como prueba del anteriormente manifestado, adjunta la siguiente documentación:

Por todo lo cual,

### SOLICITA

En caso de solicitar devolución deberá adjuntar recibos originales o fotocopia compulsada por este Organismo de los mismos, así como indicar en las casillas siguientes los datos que se solicitan:

**Titular de la cuenta:** \_\_\_\_\_ **NIF/CIF:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Entidad:** \_\_\_\_\_

I	B	A	N	E	S																		
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En

a

de

de

Fdo.: \_\_\_\_\_