



AYUNTAMIENTO DE CHOZAS DE ABAJO

DEVOLUCION RECIBO DE LA BASURA

1. Solicitante.:		
Nombre y Apellidos o Razón Social.:		DNI/CIF.:
Domicilio.:		
Localidad.:	Provincia.:	Código Postal.:
Correo electrónico.	Teléfono(s).:	Fax.:
2. Representante.:		
Nombre y Apellidos o Razón Social.:		DNI/CIF.:
Domicilio.:		
Localidad.:	Provincia.:	Código Postal.:
Correo electrónico.	Teléfono(s).:	Fax.:
3. Solicita:		
DEVOLUCIÓN RECIBO DE LA BASURA por		
INGRESAR en el nº de cuenta: / / /		
4. Documentos que acompañan a la instancia:		
<input type="checkbox"/> Justificante original de pago. <input type="checkbox"/> Justificante de titularidad de la propiedad. <input type="checkbox"/> Otros.		

En Chozas de Abajo a ____, de _____, de 2.01__

Firma solicitante o representante

SR. ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE CHOZAS DE ABAJO