Imprimir formulario

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE ZAMORA

**Modelo** 272

CONCEJALÍA DE SERVICIOS SOCIALES, SANIDAD Y CONSUMO

ADMÓN. DE RENTAS

AUTOLIQUIDACIÓN Y SOLICITUD

REGISTRO
(A rellenar por el Ayuntamiento)

# TASA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS MUNICIPALES DE SANIDAD

## SUJETO PASIVO (1)

N.I.F. | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

VÍA PÚBLICA | NÚMERO | ESC. | PISO | PUERTA | TELÉFONO

MUNICIPIO | PROVINCIA | CD. POSTAL

## REPRESENTANTE (2)

N.I.F. | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

VÍA PÚBLICA | NÚMERO | ESC. | PISO | PUERTA | TELÉFONO

MUNICIPIO | PROVINCIA | CD. POSTAL

CONTRIBUYENTE (Ejemplar para el Sanidad)

## SOLICITUD:

de de 200

Firma,

| Código: | Cuota unitaria: | N.º conceptos | Deuda tributaria: |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DEUDA TRIBUTARIA TOTAL A PAGAR: ..... €

DILIGENCIA DE PAGO:

SELLO FECHA: IMPORTE:

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE ZAMORA

**Modelo** 272

DILIGENCIA:

Que se extiende para hacer constar que el concepto solicitado y el auto liquidado:

☐ ES CONFORME

☐ NO ES CONFORME

Por el servicio,

REGISTRO DE ENTRADA

FECHA: _____

NÚMERO: _____

# TASA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS MUNICIPALES DE SANIDAD

## SUJETO PASIVO (1)

N.I.F. | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

VÍA PÚBLICA | NÚMERO | ESC. | PISO | PUERTA | TELÉFONO

MUNICIPIO | PROVINCIA | CD. POSTAL

## REPRESENTANTE (2)

N.I.F. | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

VÍA PÚBLICA | NÚMERO | ESC. | PISO | PUERTA | TELÉFONO

MUNICIPIO | PROVINCIA | CD. POSTAL

CONTRIBUYENTE (Ejemplar para Admón. Rentas)

## SOLICITUD:

_____ de _____ de 200_

Firma,

| Código: | Cuota unitaria: | N.º conceptos | Deuda tributaria: |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DEUDA TRIBUTARIA TOTAL A PAGAR: ..... _____ €

DILIGENCIA DE PAGO:

SELLO FECHA: _____ IMPORTE: _____

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE ZAMORA

**Modelo** 272

CONCEJALÍA DE SERVICIOS SOCIALES, SANIDAD Y CONSUMO

ADMÓN. DE RENTAS

AUTOLIQUIDACIÓN

REGISTRO
(A rellenar por el Ayuntamiento)

# TASA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS MUNICIPALES DE SANIDAD

## SUJETO PASIVO (1)

N.I.F. | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

VÍA PÚBLICA | NÚMERO | ESC. | PISO | PUERTA | TELÉFONO

MUNICIPIO | PROVINCIA | CD. POSTAL

## REPRESENTANTE (2)

N.I.F. | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

VÍA PÚBLICA | NÚMERO | ESC. | PISO | PUERTA | TELÉFONO

MUNICIPIO | PROVINCIA | CD. POSTAL

CONTRIBUYENTE (Ejemplar para el Interesado)

SOLICITUD:

de de 200

Firma,

| Código: | Cuota unitaria: | N.º conceptos | Deuda tributaria: |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DEUDA TRIBUTARIA TOTAL A PAGAR: ..... €

DILIGENCIA DE PAGO:

SELLO FECHA: IMPORTE:

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE ZAMORA

**Modelo** 272

CONCEJALÍA DE SERVICIOS SOCIALES, SANIDAD Y CONSUMO

ADMÓN. DE RENTAS

AUTOLIQUIDACIÓN

CÓDIGO PRESUPUESTARIO:

(A RELLENAR POR LA ADMINISTRACIÓN)

N.º LIQUIDACIÓN:_____

N.º EXPEDIENTE:_____

# TASA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS MUNICIPALES DE SANIDAD

## SUJETO PASIVO (1)

N.I.F. | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

VÍA PÚBLICA | NÚMERO | ESC. | PISO | PUERTA | TELÉFONO

MUNICIPIO | PROVINCIA | CD. POSTAL

## REPRESENTANTE (2)

N.I.F. | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

VÍA PÚBLICA | NÚMERO | ESC. | PISO | PUERTA | TELÉFONO

MUNICIPIO | PROVINCIA | CD. POSTAL

## SOLICITUD:

_____ de _____ de 200_

Firma,

| Código: | Cuota unitaria: | N.º conceptos | Deuda tributaria: |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DEUDA TRIBUTARIA TOTAL A PAGAR: ..... _____ €

BANCO o CAJA (Ejemplar para remitir a la Depositaría Municipal)

DILIGENCIA DE PAGO:

SELLO FECHA:_____ IMPORTE: _____

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE ZAMORA

**Modelo** 272

CONCEJALÍA DE SERVICIOS SOCIALES, SANIDAD Y CONSUMO

ADMÓN. DE RENTAS

AUTOLIQUIDACIÓN

ESPACIO PARA ANOTACIONES DE LA ENTIDAD BANCARIA

# TASA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS MUNICIPALES DE SANIDAD

## SUJETO PASIVO (1)

N.I.F. | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

VÍA PÚBLICA | NÚMERO | ESC. | PISO | PUERTA | TELÉFONO

MUNICIPIO | PROVINCIA | CD. POSTAL

## REPRESENTANTE (2)

N.I.F. | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

VÍA PÚBLICA | NÚMERO | ESC. | PISO | PUERTA | TELÉFONO

MUNICIPIO | PROVINCIA | CD. POSTAL

BANCO o CAJA (Ejemplar para la Entidad)

## SOLICITUD:

_____ de _____ de 200_

Firma,

| Código: | Cuota unitaria: | N.º conceptos | Deuda tributaria: |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DEUDA TRIBUTARIA TOTAL A PAGAR: ..... €

DILIGENCIA DE PAGO:

SELLO FECHA IMPORTE: