

**REPUBLICA DE CHILE**

**MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR DPTO. TESORERÍA.**

**SOLICITUD DE REVISIÓN COBRO**

SOLICITA REVISIÓN DE COBRO DE LA(S) SIGUIENTE(S) PATENTE(S):

ROL: :

NOMBRE:

DIRECCION:

RUT:

GIRO:

NOMBRE CONTACTO: TELÉFONO:

E-MAIL:

**En caso de solicitar devolución completar los siguientes datos de la empresa:**

BANCO: TIPO DE CUENTA:

Nº CUENTA:

Sr. Encargado de Patentes:

 Solicito a Ud. revisar lo siguiente:

1. CÁLCULO DE PATENTE

2. DOBLE COBRO DE ASEO

3. CÁLCULO PROPAGANDA

4. OTRO

Señalar motivo de revisión 

Adjunta antecedentes:

Declaración de Renta S.I.I años: 

Patentes años:

Otros:

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.,

FIRMA DEL CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL

**REQUISITOS Y ANTECEDENTES PARA ACCEDER AL SERVICIO**

Formulario de solicitud (disponible en Sitio Web y en Módulo de Informaciones Depto. De Tesorería Municipal Fotocopia última Patente(s) Cancelada(s).

Antecedentes fundantes para revisión y cobro.