



ORGANISME AUTÒNOM DE
GESTIÓ I RECAPTACIÓ
DE TRIBUTS LOCALS

Diputació de Lleida

F03-PR7-GEN: AUTORITZACIÓ ADMINISTRATIVA ABONAMENT DEVOLUCIÓ

Versió: 02

En/Na: _____ amb DNI: _____

domiciliat al carrer: _____

Població: _____ Codi postal: _____

Telèfon: _____ Fax: _____ E-mail: _____

ACTUANT: En nom propi _____ En representació de: _____
amb DNI/NIF _____

domiciliat al carrer: _____

Població: _____ Codi postal: _____

Telèfon: _____ Fax: _____ E-mail: _____

AUTORITZA A:

En/Na _____ amb DNI/NIF _____

domiciliat al carrer: _____

Població: _____ Codi postal: _____

Telèfon _____ Fax _____ E-mail _____

A rebre de l'OAGRTL la quantitat de _____
pel concepte _____ derivada d'un expedient de devolució d'ingressos al meu favor.

A fi que consti, i únicament als efectes anteriorment exposats, signen el present document, l'autoritzant i l'autoritzat.

Lloc i data:

Signatures:

L'AUTORITZANT

L'AUTORITZAT

Exped. núm:	
I.B.I.	
I.A.E.	
I.V.T.M.	
I.I.V.T.N.U.	
TRESORERIA	

NOTA: Cal adjuntar fotocòpia del DNI tan de l'AUTORITZANT com de l'AUTORITZAT i, en cas que l'autoritzant sigui una PERSONA JURÍDICA, fotocòpia del CIF, del DNI del representant i del document que acrediti la representació en nom de la qual actua.