

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Por medio de la presente autorizo a _____

DNI / LE / LC / CI N° _____ , para realizar ante dicha oficina el cambio de domicilio de reparto en las tasas

municipales _____ de la/s cuenta/s N° _____

a la siguiente dirección _____

Aclaración _____

DNI / LE / LC / CI N° _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Firma del autorizante

IMPORTANTE. Adjuntar fotocopia de Documento de las partes intervinientes.