

RECURSO DE REPOSICION

Nombre del organismo: Organismo Autónomo de Recaudación
Dirección del establecimiento: Calle, plaza y n.º: Pz. Del Mercado Chico, nº 4
C.P., Localidad y Provincia: 05001 - Avila - Avila
Teléfono: 920-352160

Oficina en la que se presenta:.....
Dirección: Calle, plaza y nº.....
C.P., Localidad y Provincia.....

Datos del solicitante:

Nombre y Apellidos.....
Nº del D.N.I. o pasaporte.....
Domicilio: Calle, plaza y nº.....
C.P., Localidad y Provincia.....
Teléfono.....

El solicitante arriba indicado, EXPONE:

.....
.....
.....
.....
.....

Por todo lo anteriormente expuesto, FORMULA RECURSO DE REPOSICION:

.....
.....
.....
.....
.....

Documentación que se adjunta:

.....
.....
.....

FIRMADO:

En....., a.....de.....de 20

Teléfono de Atención al Contribuyente: 920 35 21 60

oar@canaltributos.com

Oficinas:

- Ávila - Pz Mercado Chico, nº 4 05001 - Ávila
- Arenas de San Pedro – C/ Lorenzo Velázquez, nº 1 05400 Arenas de San Pedro- Ávila
- Arévalo - C/ Caldereros, nº 2 05200 Arévalo – Ávila
- Piedrahita - C/ Alcacerías nº 27 05500 Piedrahita - Ávila