



**OAR**  
Organismo  
Autónomo de  
Recaudación

## SOLICITUD

Nombre del organismo: Organismo Autónomo de Recaudación  
Dirección del establecimiento: Calle, plaza y nº: Pz. Del Mercado Chico, nº 4  
C.P., Localidad y Provincia: 05001 - Ávila  
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 C.I.F. o pasaporte.....  
Domicilio: Calle, plaza y nº.....  
C.P., Localidad y Provincia.....  
Teléfono / Email.....

### El solicitante arriba indicado, EXPONE:

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

### Documentación que se adjunta:

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

FIRMADO:

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