

MOD.106-2

INTERESADO/A REPRESENTANTE (1)	NIF/NIE INTERESADO/A		NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL	
	NIF/NIE REPRESENTANTE		NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL	
	DOMICILIO FISCAL/SOCIAL		(Marque con una X)	☐ INTERESADO/A ☐ REPRESENTANTE
	MUNICIPIO	PROVINCIA	TELÉFONO	E-MAIL

(1) El/La representante deberá aportar el documento que acredite válidamente la representación.

SOLICITUD CANCELACIÓN PLAN PAGOS PERSONALIZADO	Solicito la cancelación del Plan de Pagos Personalizado	
	IDENTIFICADOR PLAN DE PAGOS	
	Firma del Interesado / representante En _____ , a _____ de _____ de _____	