

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN

Información del solicitante.

Nombre o Razón Social : _____

Carnet Identidad : _____

R.U.T. : _____

Teléfono : _____

Email : _____

En caso de solicitar depósito:

Cuenta Vista : _____

Cuenta Corriente : _____

Detalle solicitud:

Documentos que adjunta: (Marque con una X)

() Comprobante(s) de pago en esta u otra comuna.

() Copia Cédula de Identidad o Rut. Razón Social.

() Contrato de Compra vía Leasing.

En Puerto Varas, ____ de _____ del año ____/

Firma

Entregar este formulario completo con los antecedentes adjuntos en la Oficina de Partes de la Ilustre Municipalidad de Puerto Varas, ubicada en San Francisco 413, Hall 1er. Piso, o a través de yenifer.cardenas@ptovaras.cl. Teléfono 65 2 361234.-

Vistos

Dirección de Tránsito y Transporte Público
Fono: 65 2 361172 – 65 2 361159 – 65 2 361205 – 65 2 361273
San Francisco 413 – 2° Piso
Puerto Varas



Ilustre
Municipalidad
Puerto Varas