



SOLICITUD DE COMPENSACION/ DEVOLUCION DE INGRESOS INDEBIDOS

DATOS DEL INTERESADO			
NOMBRE Y APELL./RAZÓN SOCIAL:			
DOMICILIO FISCAL:			TFNO.:
NIF:	CORREO ELECTRÓNICO:		COD. CONTR.:
REPRESENTANTE.:			NIF:
DOMICILIO FISCAL:			TFNO:

SOLICITA: COMPENSACION DEVOLUCION

DATOS IDENTIFICATIVOS DE LOS INGRESOS INDEBIDOS				
Concepto	Período	Nº documento	Objeto tributario	Titular

DATOS IDENTIFICATIVOS DE LOS DOCUMENTOS A COMPENSAR				
Concepto	Período	Nº documento	Objeto tributario	Titular

DATOS BANCARIOS				
ENTIDAD:			SUCURSAL:	
		ENTIDAD	OFICINA	D.C.
				Nº DE CUENTA
TITULAR DE LA CUENTA:				

DOCUMENTACION A APORTAR	
<input type="checkbox"/> Fotocopia del decreto o resolución	<input type="checkbox"/> Recibo original pagado motivo de anulación
En caso de duplicidad: <input type="checkbox"/> Fotocopia del primer recibo pagado	<input type="checkbox"/> Original del segundo recibo pagado
<input type="checkbox"/> Otros:	

Mérida, a ____ de ____ de ____

Fdo.: _____