



**Solicitud Fraccionamiento
o Aplazamiento de pagos**

Sello de registro

DATOS DE TITULAR DE LA DEUDA

Nombre y apellidos o Razón Social		NIF/CIF
Domicilio		Código postal y Población
EMAIL	Teléfono 1	Teléfono 2

REPRESENTADO POR

Nombre y apellidos	NIF/CIF
En calidad de	

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DONDE DOMICILIAR EL PAGO DE LOS RECIBOS

IBAN	Código Entidad	Código oficina	DC	Número de cuenta
------	----------------	----------------	----	------------------

DATOS DE LOS RECIBOS APLAZADOS / FRACCIONADOS

Concepto de la deuda	Ejercicio	Nº recibo/liquid	Importe principal	Periodo de cobro	
				Voluntario	Ejecutivo
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDICIONES Y REQUISITOS DE LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> Fraccionamiento de pago Nº de meses propuestos:	<input type="checkbox"/> Aplazamiento pago Fecha propuesta de pago:.....
Justificación de la situación financiera:	
Garantía que ofrece:	

En Cobisa a de de 20.....

Firma del solicitante o representante

Sr. Alcalde Presidente del Ayuntamiento de Cobisa