



AYUNTAMIENTO DE ESPIEL

CIF: P14026001

Domicilio: CL. Andalucía, 7. 14220 Espiel (Córdoba)

Tfnos.: 957363022 – 957363172 FAX: 957364134

Portal Web: www.espiel.es Código DIR: L01140266

INSTANCIA

EXPEDIENTE
GEX NÚMERO

| 1 DATOS DEL SOLICITANTE Y DE SU REPRESENTACIÓN LEGAL | | | |
|--|------------|--------------------|---------------|
| SOLICITANTE NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL | | N.I.F. o C.I.F. | |
| DIRECCIÓN (CALLE, AVENIDA, PLAZA; NÚMERO; BLOQUE, PORTAL, ESCALERA; PISO PUERTA) | | | |
| REPRESENTANTE (SI LO HA ASIGNADO) NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL | | N.I.F. o C.I.F. | |
| LOCALIDAD: | | PROVINCIA | CÓDIGO POSTAL |
| TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO | |
| 2 EXPONE: | | | |
| | | | |
| 3 SOLICITA: | | | |
| | | | |
| 4 LUGAR, FECHA Y FIRMA | | | |
| En _____ a _____ EL/LA SOLICITANTE | | | |
| Fdo: _____ | | | |