



Solicitud de devolución de ingresos de la Dirección General de Salud Pública

1.- Datos del interesado (1):

NIF/ NIE:	Apellido 1		Apellido 2	
Nombre:	Razón Social:			
Dirección	Tipo vía	Nombre vía		Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad
	Fax	Teléfono fijo		Teléfono Móvil
Correo electrónico				

(1) En caso de devolución de una tasa deberá figurar como solicitante **la misma persona física o jurídica que figura como titular en el recibo de la tasa abonada.**

2.- Datos de el/la representante:

NIF/ NIE:	Apellido 1		Apellido 2	
Nombre:	Razón Social:			
Dirección	Tipo vía	Nombre vía		Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad
	Fax	Teléfono fijo		Teléfono Móvil
Correo electrónico				

3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)			
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado por correo certificado	<input type="radio"/> Interesado	<input type="radio"/> Representante	<input type="radio"/> Otro: (Indique Apellidos, nombre)
	NIF/NIE	Nombre y Apellidos / Razón Social		
	Tipo de vía	Nombre vía		Nº
	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
	Localidad	Provincia		Código Postal

4.- Datos de la cuenta para efectuar la devolución por transferencia bancaria (2):

Código IBAN	Entidad	Oficina	D.C	Número de Cuenta

(2) La devolución de la tasa, si procede, se efectuará por **transferencia bancaria** al titular que figura en el recibo de la tasa abonada.

5.- Documentación requerida (*):

Documentos que se acompañan a la solicitud	
Poder de representación, en caso de que actué a través de representante	<input type="checkbox"/>
Justificante de ingreso	<input type="checkbox"/>
Certificado de titularidad de cuenta bancaria elegida para realizar la transferencia, en caso de devolución	<input type="checkbox"/>

(*) En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.



Comunidad de Madrid

6.- Solicito el reconocimiento del derecho a la devolución de lo ingresado indebidamente por:

<input type="radio"/>	Duplicidad de pago	<input type="radio"/>	El ingreso se ha efectuado después de prescribir la deuda tributaria
<input type="radio"/>	Anulación de la deuda	<input type="radio"/>	La cantidad pagada ha sido superior al importe de la deuda tributaria
<input type="radio"/>	Otros:	Motivo de la solicitud	

7.- Para lo cual, se formulan las siguientes alegaciones:

En, a..... dede

Firma

DESTINATARIO	
---------------------	--