D.G. de Salud Pública

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

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			Provincia	
	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			Provincia	
	Fax			Teléfono fijo				Teléfono Móvil			
Correo electrónico											

3.- Medio de notificación:

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

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	☐
Justificante de ingreso	☐
Certificado de titularidad de cuenta bancaria elegida para realizar la transferencia, en caso de devolución	☐

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

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

○	Duplicidad de pago		○	El ingreso se ha efectuado después de prescribir la deuda tributaria
○	Anulación de la deuda		○	La cantidad pagada ha sido superior al importe de la deuda tributaria
○	Otros:	Motivo de la solicitud		

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

En ……, a 27 de abril ……de 2024

Firma

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.comunidad.madrid/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad D.G. de Salud Pública

Limpiar campos | Imprimir | Guardar