

FORMULARIO DE RECLAMO N° RL

Fecha:

Recibido por:

Señor

DIRECTOR DE AVALÚO, REGISTRO Y CATASTRO
GADM del Cantón Manta

DIRECCIÓN PRINCIPAL

DATOS DEL CONTRIBUYENTE

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRES Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN PRINCIPAL

RUC:

C.I.

TEL. CONVENCIONAL:

TEL. CELULAR

E-MAIL:

CLAVE CATASTRAL N°

Petición:

Indicar con "x" quien solicita:

Contribuyente

Responsable

Tercero

Nombre:

C.I.

Firma del solicitante

Para uso exclusivo de la dirección de Avalúo, Registro y Catastro

Informe del Inspector:

Nombre

Firma del Inspector

Informe Técnico:

Nombre

Firma del Técnico

Departamento de rentas: si vase realzar la reliquidación de la clave mencionada de acuerdo a lo siguiente:

Aprobación:

Director de Avalúo, Registro y Catastro

Para uso exclusivo del Departamento de Rentas

Observación:

Archivar 09-03-14.