

AUTORIZACION DE REPRESENTACIÓN

Representado/a

Apelidos e nome / Apellidos y nombre	NIF
--------------------------------------	-----

Representante

Apelidos e nome / Apellidos y nombre	NIF
Domicilio de notificación	Código postal
Municipio	Provincia

AUTORIZO

á persoa que se indica para que, no meu nome e representación, poida presentar ante a Deputación Provincial da Coruña solicitude de aprazamento ou fraccionamento do pago das débedas ao meu nome, aportar a documentación que se lle requira e recibir as notificacións necesarias para a tramitación da dita solicitude.

a la persona que se indica para que, en mi nombre y representación, pueda presentar ante la Diputación Provincial de A Coruña solicitud de aplazamiento o fraccionamiento de pago de las deudas a mi nombre, aportar la documentación que se le requiera y recibir las notificaciones necesarias para la tramitación de dicha solicitud.

Lugar	Data / Fecha
-------	--------------

Acepto

O/A representado/a
El/La representado/a

O/A representante
El/La representante

IMPORTANTE:

**DEBE ACHEGARSE COPIA DO ANVERSO DO DNI DAS DUAS PERSOAS INTERVINTES
DEBE APORTARSE COPIA DEL ANVERSO DEL DNI DE LAS DOS PERSONAS INTERVINIENTES**