



ILUSTRE AYUNTAMIENTO  
DE  
ARANDA DE DUERO  
\*\*\*  
GESTION TRIBUTARIA

Plaza Mayor, 1 – 1º planta  
Telf. 947 510690 – Fax 947510449  
09400 ARANDA DE DUERO (Burgos)

**IMPUESTO SOBRE VEHICULOS DE TRACCION MECANICA  
SOLICITUD DE REEMBOLSO**

**DATOS IDENTIFICATIVOS**

Apellidos y Nombre o Razón Social		N.I.F.	
Domicilio a efectos de notificación			
Localidad	Provincia	C.P.	Teléfono
Representante	N.I.F	Poder que lo Acredita	

**IDENTIFICACION DEL RECIBO**

Matricula	Marca/Modelo	Núm. recibo
Otros datos		Núm. cargo

**MOTIVO DE LA DEVOLUCION** (Señalar con una X)

<input type="checkbox"/> POR PRORRATEO EN CASO DE BAJA DE TRAFICO (Indicar fecha de baja): <input type="checkbox"/> POR OTROS MOTIVOS (Indicar motivo):
--

**DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA** (Señalar con una X)

<input checked="" type="checkbox"/> COPIA DEL N.I.F. <input checked="" type="checkbox"/> RECIBO ORIGINAL SATISFECHO O COPIA COMPULSADA POR LA OFICINA DE GESTION TRIBUTARIA <input type="checkbox"/> COPIA DE LA DECLARACION DE BAJA PRESENTADA EN LA JEFATURA DE TRAFICO (para prorrateo) <input type="checkbox"/> OTRA DOCUMENTACION MOTIVO DE LA DEVOLUCION: ..... <input checked="" type="checkbox"/> DOCUMENTO EN EL QUE CONSTE EL NUMERO DE CUENTA (20 dígitos)
---

**NUMERO DE CUENTA**

Entidad	Sucursal	Dígitos contr	Número de cuenta
---------	----------	---------------	------------------

Lugar, fecha y firma del solicitante o representante

**Ilmo. Sr. Alcalde Presidente del Ayuntamiento de Aranda de Duero.**