C/ Médico Segarra, 4 – 12560 BENICASIM (Castellón) – Tf 964 300 962 – Fax 964 303 432– http www.benicassim.org – e-mail recaudacion@benicassim.org – CIF P-1202800-G

AJUNTAMENT DE BENICÀSSIM

Recaptació

SOL–CITANTE	NOMBRE Y APELLIDOS O PERSONA JURÍDICA		
	DOMICILIO		
	D.N.I.	POBLACIÓN	PROVINCIA O NACIÓN
	TELÉFONO		

Representante (**APORTAR ACREDITACIÓN DE REPRESENTACIÓN**) D.	Domicilio	Población
D.N.I. nº		

Al Sr. Alcalde del Ayuntamiento de BENICASIM, expone:

Que he realizado un INGRESO INDEBIDO POR DUPLICIDAD EN EL PAGO del recibo número _____, en concepto de (tributo) _____ _____, con el siguiente detalle:

	IMPORTE	FECHA	ENTIDAD BANCARIA
PRIMER INGRESO			
SEGUNDO INGRESO			

Por todo cuanto precedentemente queda expuesto SOLICITA

La devolución del ingreso indebido por duplicidad en el pago según lo establecido en el artículo 221.1 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria.

A los efectos de la devolución solicitada, declaro que soy titular del siguiente número de cuenta:

CODIGO CUENTA CLIENTE

Benicasim, a ..... de ..... de 20....

Firma del solicitante o de su representante