

 <b>DIPUTACIÓN DE VALLADOLID</b> <b>REVAL</b> Organismo Autónomo de Recaudación y Gestión	<b>SOLICITUD</b> <b>PLAN PERSONALIZADO DE</b> <b>PAGO</b> ALTA MODIFICACIÓN CAMBIO CUENTA BANCARIA CANCELACIÓN	<b>Registro</b>
--	--	-----------------

<b>1 DATOS DEL TITULAR DE LOS RECIBOS</b>			
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL*			NIF/NIE*
DOMICILIO*			CP*
PROVINCIA/MUNICIPIO*	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO*	TELÉFONO MÓVIL
<b>2 DATOS DEL REPRESENTANTE</b> (sólo rellenar en caso de solicitarlo persona distinta al titular del recibo)			
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL*			NIF/NIE*
DOMICILIO*			CP*
PROVINCIA/MUNICIPIO*	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO*	TELÉFONO MÓVIL
La/El representante deberá aportar el documento acreditativo de la representación			

<b>3 DOMICILIACIÓN DEL PAGO</b>			
NÚMERO DE CUENTA-IBAN*			
código IBAN	entidad	sucursal	dc
[ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]
nº de cuenta			
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]			

<b>4 SOLICITUD DE:</b>
<input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> CAMBIO DE CUENTA <input type="checkbox"/> CANCELACIÓN

<b>5 PERIODO DE PAGO DEL PLAN PERSONALIZADO</b>
<input type="checkbox"/> <b>MENSUAL:</b> consistirá en el pago de 9 cuotas, durante el periodo de febrero a octubre.
<input type="checkbox"/> <b>TRIMESTRAL:</b> consistirá en el pago de 3 cuotas, en los meses de abril, julio y octubre.
<input type="checkbox"/> <b>DOS PLAZOS:</b> consistirá en el pago de 2 cuotas, una en el mes de mayo y otra en el mes de octubre.

<b>6 RELACIÓN DE RECIBOS A INCORPORAR O EXCLUIR DEL PLAN PERSONALIZADO</b>				
<input type="checkbox"/> <b>TODOS LOS RECIBOS DE LOS QUE SOY TITULAR, <u>IBI, IVTM IAE</u></b> (en este caso no es necesario rellenar datos de los tributos en la tabla siguiente).				
<input type="checkbox"/> <b>EXCLUSIVAMENTE LOS QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN</b>				
Incluir	Excluir	Concepto (IBI, IVTM, IAE)	Referencia Catastral (IBI Urbano) Municipio (IBI Rústico) Matrícula (IVTM) Referencia Censal (IAE)	Municipio Del Tributo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

• Si necesita incluir más recibos utilice el ANEXO que figura al final de este modelo

(\*)Sólo se atenderán las solicitudes en las figuren todos los datos obligatorios cumplimentados.

<b>Firma del Titular/Representante*</b>  En _____, a _____ de _____ de _____
--

**AVISO LEGAL:** Los datos facilitados serán incluidos en un fichero titularidad del Organismo Autónomo de Recaudación y Gestión tributaria de la Diputación de Valladolid (REVAL), y serán utilizados para la gestión de la petición manifestada en el presente documento, así como la gestión, recaudación, control, seguimiento e información de los tributos municipales.

Asimismo, le informamos que sus datos no serán cedidos a terceros, salvo que sean comunicados a las entidades públicas a las cuales sea necesario u obligatorio ceder éstos para poder gestionar su solicitud, así como en los supuestos previstos, según Ley.

Conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, enviando o presentando una solicitud por escrito acompañada de una fotocopia de su D.N.I., pasaporte, NIE u otro documento acreditativo equivalente, dirigida al: Organismo Autónomo de recaudación y gestión tributaria de la Diputación de Valladolid –REVAL-, (Registro de Entrada), calle Angustias Nº 44, CP. 47003 Valladolid.

**SR. PRESIDENTE DE REVAL DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN DE VALLADOLID**

