

DATOS DE EL/LA SOLICITANTE

DNI-NIF-NIE-CIF _____ NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

1º APELLIDO _____ 2º APELLIDO _____

DOMICILIO (a efectos de notificaciones)

CL/AV/PL _____ NÚMERO _____ ESCALERA _____ PISO _____ PUERTA _____

CÓDIGO POSTAL _____ MUNICIPIO _____ PROVINCIA _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO/S _____ FAX _____

TIPO DE BENEFICIARIO

- Residente del área de influencia con tarjeta para persona con Movilidad Reducida
 Residente del área de influencia
 Comerciante o trabajador del área de influencia

DOCUMENTACIÓN QUE APORTARÁ POSTERIORMENTE (a petición de EMT)

- Certificado del Padrón (residente del área de influencia)
 Licencia de actividad o domicilio fiscal (comerciante del área de influencia)
 Certificado de empresa (trabajador del área de influencia)

TARIFA SOLICITADA (IVA Incluido)

- ABONO 1 AÑO 145 € / mes - 1.653€ / periodo
 ABONO 3 AÑOS 135 € / mes - 4.617€ / periodo
 ABONO 5 AÑOS 125 € / mes - 7.125€ / periodo
 Dispongo de acreditación de persona con movilidad reducida

MODO DE PAGO

- Pago Mensual
 Pago Único (*)

(*) Pago único al inicio de la concesión que cubre todo el periodo adjudicado

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaro, bajo mi responsabilidad, ser residente, comerciante o trabajador en el área de influencia señalada en el Anexo I de las Condiciones de Organización y funcionamiento del servicio de gestión del aparcamiento público "Plaza de España".

ACEPTO LA DECLARACIÓN RESPONSABLE SI NO

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

FIRMADO _____