



TC.13/1-V

Registre de presentació

Registre d'entrada

SOL·LICITUD DE DEVOLUCIÓ D'INGRESSOS INDEGUTS

NÚMERO D'EXPEDIENT ASSIGNAT

DADES DEL SOL·LICITANT

COGNOMS I NOM O RAÓ SOCIAL		NIF/CIF						
<input type="text"/>		<input type="text"/>						
NÚMERO D'AFILIACIÓ	CODI DE COMPTE DE COTITZACIÓ	RÈGIM DE PERTINENÇA						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
TIPUS DE VIA	NOM DE LA VIA PÚBLICA	BLOC	NÚM.	BIS	ESCALA	PIS	PORTA	CODI POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILI	MUNICIPI O ENTITAT D'ÀMBIT TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPI	PROVÍNCIA	TELÈFON					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

DADES DE LA DEVOLUCIÓ QUE SE SOL·LICITA

CAUSA DE LA DEVOLUCIÓ
<input type="text"/>

PERÍODE	IMPORT
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Esta sol·licitud va acompanyada dels documents següents:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DADES BANCÀRIES PER A EFECTUAR LA DEVOLUCIÓ

TITULAR DEL COMPTE	NIF/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE COMPTE BANCARI INTERNACIONAL (IBAN)	
<input type="text"/>	

DADES RELATIVES AL REPRESENTANT

NOM I COGNOMS O RAÓ SOCIAL	TIPUS DE DOCUMENT IDENTIFICADOR (marqueu amb una X l'opció correcta)			
<input type="text"/>	DNI: <input type="checkbox"/>	CIF: <input type="checkbox"/>	TARGETA D'ESTRANGER: <input type="checkbox"/>	PASSAPORT: <input type="checkbox"/>
NÚM. DEL DOCUMENT IDENTIFICADOR	NÚMERO DE SEGURETAT SOCIAL	DOMICILI		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

LLOC, DATA I FIRMA DEL SOL·LICITANT O REPRESENTANT	SEGELL DEL SOL·LICITANT/REPRESENTANT
Lloc: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Data: <input type="text"/>	
Firma: <input type="text"/>	

ÒRGAN AL QUAL ES DIRIGIX LA SOL·LICITUD: DIRECCIÓ PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓ DE LA TGSS:

En un termini no superior a sis mesos, l'òrgan competent ha de dictar una resolució en què declare la procedència o improcedència del dret a la devolució. Transcorregut eixe termini sense que hi haja resolució expressa, la sol·licitud pot considerar-se desestimada, segons el que s'establix en el número 2 de l'article 45 del Reglament General de Recaptació de la Seguretat Social aprovat pel Reial Decret 1415/2004, d'11 de juny (BOE del 25).

AVISO: Existe a su disposición este impreso redactado en lengua castellana.

EXEMPLAR PER A LA TRESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL



TC.13/1-V

Registre de presentació

Registre d'entrada

SOL·LICITUD DE DEVOLUCIÓ D'INGRESSOS INDEGUTS

NÚMERO D'EXPEDIENT ASSIGNAT

DADES DEL SOL·LICITANT

COGNOMS I NOM O RAÓ SOCIAL		NIF/CIF						
NÚMERO D'AFILIACIÓ	CODI DE COMPTE DE COTITZACIÓ	RÈGIM DE PERTINENÇA						
TIPUS DE VIA	NOM DE LA VIA PÚBLICA	BLOC	NÚM.	BIS	ESCALA	PIS	PORTA	CODI POSTAL
DOMICILI	MUNICIPI O ENTITAT D'ÀMBIT TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPI	PROVÍNCIA	TELÈFON					

DADES DE LA DEVOLUCIÓ QUE SE SOL·LICITA

CAUSA DE LA DEVOLUCIÓ		
PERÍODE	IMPORT	
Esta sol·licitud va acompanyada dels documents següents:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DADES BANCÀRIES PER A EFECTUAR LA DEVOLUCIÓ

TITULAR DEL COMPTE	NIF/CIF
NÚMERO DE COMPTE BANCARI INTERNACIONAL (IBAN)	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

DADES RELATIVES AL REPRESENTANT

NOM I COGNOMS O RAÓ SOCIAL	TIPUS DE DOCUMENT IDENTIFICADOR (marqueu amb una X l'opció correcta)			
	DNI: <input type="checkbox"/>	CIF: <input type="checkbox"/>	TARGETA D'ESTRANGER: <input type="checkbox"/>	PASSAPORT: <input type="checkbox"/>
NÚM. DEL DOCUMENT IDENTIFICADOR	NÚMERO DE SEGURETAT SOCIAL	DOMICILI		

LLOC, DATA I FIRMA DEL SOL·LICITANT O REPRESENTANT		SEGELL DEL SOL·LICITANT/REPRESENTANT
Lloc:	Data:	
Firma _____		

ÒRGAN AL QUAL ES DIRIGIX LA SOL·LICITUD: DIRECCIÓ PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓ DE LA TGSS:

En un termini no superior a sis mesos, l'òrgan competent ha de dictar una resolució en què declare la procedència o improcedència del dret a la devolució. Transcorregut eixe termini sense que hi haja resolució expressa, la sol·licitud pot considerar-se desestimada, segons el que s'estableix en el número 2 de l'article 45 del Reglament General de Recaptació de la Seguretat Social aprovat pel Reial Decret 1415/2004, d'11 de juny (BOE del 25).

AVISO: Existe a su disposición este impreso redactado en lengua castellana.

EXEMPLAR PERA LA PERSONA INTERESSADA