



TC.13/1

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE: DEVOLUCIÓN DE INGRESOS INDEBIDOS

Nº DE EXPEDIENTE ASIGNADO

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | |
|---|--------------------------|------------------------|--------|
| APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | N.I.F./C.I.F. | |
| Nº DE AFILIACIÓN | | RÉGIMEN DE PERTENENCIA | |
| CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN | | | |
| TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA | BLOQUE | NÚM. |
| DOMICILIO | | BIS | ESCAL. |
| | | PISO | PUERTA |
| | | C.POSTAL | |
| MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO | | PROVINCIA | |
| | | TELÉFONO | |

DATOS DE LA DEVOLUCIÓN QUE SE SOLICITA

CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN

PERÍODO

IMPORTE

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

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

DATOS BANCARIOS PARA EFECTUAR LA DEVOLUCIÓN

| | |
|--|---------------|
| TITULAR DE LA CUENTA | N.I.F./C.I.F. |
| CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

| | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|--|---------|------------------------|------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL | | TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda) | | | |
| | | D.N.I.: | C.I.F.: | TARJETA DE EXTRANJERO: | PASAPORTE: |
| Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL | DOMICILIO | | | |
| | | | | | |

| | | |
|--|--------|---------------------------------|
| LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE | | SELLO SOLICITANTE/REPRESENTANTE |
| Lugar: | Fecha: | |
| Firma _____ | | |

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

En un plazo no superior a seis meses, el órgano competente dictará resolución declarando o no el derecho a la devolución. Transcurrido dicho plazo sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada la solicitud, según se establece en el número 2 del artículo 45 del Reglamento General de Recaudación de la Seguridad Social aprobado por Real Decreto 1415/2004, de 11 de junio (B.O.E. del 25).

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en la lengua vernácula.

EJEMPLAR PARA LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL



TC.13/1

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE: DEVOLUCIÓN DE INGRESOS INDEBIDOS

Nº DE EXPEDIENTE ASIGNADO

DATOS DEL SOLICITANTE

Form fields for applicant data: APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL, N.I.F./C.I.F., Nº DE AFILIACIÓN, CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN, RÉGIMEN DE PERTENENCIA, TIPO DE VÍA, NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA, BLOQUE, NÚM., BIS, ESCAL., PISO, PUERTA, C.POSTAL, DOMICILIO, MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO, PROVINCIA, TELÉFONO

DATOS DE LA DEVOLUCIÓN QUE SE SOLICITA

CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN

PERÍODO, IMPORTE

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

Document checklist boxes

DATOS BANCARIOS PARA EFECTUAR LA DEVOLUCIÓN

TITULAR DE LA CUENTA, N.I.F./C.I.F., CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)

DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL, TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda), D.N.I., C.I.F., TARJETA DE EXTRANJERO, PASAPORTE, Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, DOMICILIO

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE, SELLO SOLICITANTE/REPRESENTANTE

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

En un plazo no superior a seis meses, el órgano competente dictará resolución declarando o no el derecho a la devolución. Transcurrido dicho plazo sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada la solicitud, según se establece en el número 2 del artículo 45 del Reglamento General de Recaudación de la Seguridad Social aprobado por Real Decreto 1415/2004, de 11 de junio (B.O.E. del 25).

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en la lengua vernácula.

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO