



Confederación Nacional de Autoescuelas
www.cnae.com



DATOS PARA LA RECLAMACIÓN DEL CÉNTIMO **SANITARIO.**

* Nombre de la empresa:

Razón Social:

* CIF/NIF:

* Domicilio social:

* Localidad:

* CP:

* Provincia:

* Teléfono fijo:

Teléfono móvil:

* Nombre del Representante de la Empresa:

* DNI del representante de la empresa:

* Email de contacto:

(* Datos Obligatorios.

* Número IBAN (cuenta corriente) al que quieren que le ingresen la devolución, en su caso:

ES ____ - ____ - ____ - ____ - _____

Mediante la firma de esta solicitud, el abajo firmante **SOLICITA** que sea tramitada la reclamación del céntimo sanitario.

Para que conste a los efectos oportunos firmo la presente solicitud en
....., a de 2014

D.
Representante de la empresa.