



HACIA EL ENGRANDECIMIENTO DE CONCEPCION
DEL NORTE, POR LA DIFUSION DE LA CULTURA
TEL: 2664-1504
municondelnortesb@hotmail.com



Departamento de Administración Tributaria

SOLICITUD DE CIERRE DE ESTABLECIMIENTO

FECHA DE CIERRE _____

SEÑORES

DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO

SOLICITO A USTEDES CANCELAR EL NEGOCIO CON CODIGO N° _____ DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO.

ESTABLECIMIENTO DENOMINADO _____

NOMBRE DEL PROPIETARIO: _____

MOTIVO DE CANCELACION: _____

DIRECCION DEL NEGOCIO: _____

FECHA DE CANCELACION: DIA _____ MES _____ AÑO _____

FIRMA DEL PROPIETARIO