MUNICIPALIDAD DE MARCALA

CIUDAD DE LA AMISTAD Y AROMA DE CAFÉ

E-mail: alcaldiademarcala@yahoo.es Teléfono: 27645329, 27643975

Nª Permiso de Operación	
Fecha de Cierre	

Sr (A) Alcalde (SA) Municipal

Con el propósito de legalizar el cierre temporal_____ cierre definitivo_____ del negocio que a continuación detallo, espero se tome en cuenta dicha solicitud para el respectivo descargo en la base de datos de los negocios de la ciudad de Marcala.

Nombre del Negocio: _____

Dirección Completa: _____

_____

Actividad Económica: _____

Motivo de cierre: _____

_____

RTN _____ **Teléfono del Negocio** _____

Nombre del Dueño/Representante: _____

Id _____ **Solvencia Mpal** _____

Dirección del Dueño/Representante: _____

_____

Teléfono del Dueño/Representante: _____ **Celular:** _____

Sr (A) Alcalde (SA), pido se admita la presente solicitud, darle trámite correspondiente y en definitiva proceder a legalizar el cierre del negocio antes descrito.

Por lo tanto firmo la presente a los ____ días del mes de _____ del año ____

_____

FIRMA