



Alcaldía Municipal de Comayagua Honduras, C.A.

UNA CIUDAD PARA VIVIR, VISITAR E INVERTIR

FORMULARIO PARA CIERRE, CAMBIO DE NOMBRE O CAMBIO DE DIRECCIÓN DE NEGOCIO



ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA

COMAYAGUA _____ DE _____ DEL 20 _____

SR. _____
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA

Por este medio notifico a usted, que el negocio denominado _____
_____ cuya actividad es _____
_____ y que actualmente está ubicado en _____
_____ a partir de la fecha _____

SERÁ: (Marque con signo X la opción y detalle el cambio)

CANCELADO

MOTIVO: _____

CAMBIARÁ DE DIRECCIÓN

NUEVA DIRECCIÓN: _____

CAMBIARÁ DE NOMBRE

NUEVO NOMBRE: _____

FORMULARIOS STANDARD, S.A., RTN: 05018995097276, TELS.: 2221-4923, 2236-5736 FAX: 2221-4922, TEGUCIGALPA

Solicito admita la presente solicitud, habiendo presentado los requisitos que para tal efecto requiere esta Dependencia Municipal

Sin otro particular, atentamente,

Propietario o Representante _____

Nº de Identidad _____

Nº Permiso _____