



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

Form fields for devolution data: CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN, PERÍODO, IMPORTE, A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

DATOS BANCARIOS PARA EFECTUAR LA DEVOLUCIÓN

Form fields for banking data: TITULAR DE LA CUENTA, N.I.F./C.I.F., CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)

DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

Form fields for representative data: 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

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Marque con una "X" la opción correcta)

Form fields for notification data: A efectos de lugar de Notificación el interesado/a señala como domicilio preferente: Domicilio del Solicitante, Domicilio de la Actividad Profesional, Otro Domicilio, TIPO DE VÍA, NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA, BLOQUE, NÚM., BIS, ESCAL., PISO, PUERTA, CÓD. POSTAL, DOMICILIO, MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO, PROVINCIA, TELÉFONO

Form fields for signature and stamp: 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 LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

TC.13/1 (25-10-2012)



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 table with checkboxes

DATOS BANCARIOS PARA EFECTUAR LA DEVOLUCIÓN

Form fields for bank data: TITULAR DE LA CUENTA, N.I.F./C.I.F., CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)

DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

Form fields for representative data: NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL, TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, D.N.I., C.I.F., TARJETA DE EXTRANJERO, PASAPORTE, Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, DOMICILIO

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Marque con una "X" la opción correcta)

A efectos de lugar de Notificación el interesado/a señala como domicilio preferente:

Radio buttons for notification location: Domicilio del Solicitante, Domicilio de la Actividad Profesional, Otro Domicilio

Form fields for notification address: TIPO DE VÍA, NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA, BLOQUE, NÚM., BIS, ESCAL., PISO, PUERTA, CÓD. POSTAL, DOMICILIO, MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO, PROVINCIA, TELÉFONO

Form fields for signature and stamp: 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

TC.13/1 (25-10-2012)