



Ajuntament de Maria de la Salut

DADES PERSONALS

Nom i Llinatges:

D.N.I:

TEL.:

Domicili:

Municipi:

C.P:

EN REPRESENTACIÓ DE (només omplir en aquest cas)

Nom i Llinatges:

D.N.I:

TEL.:

Domicili:

Municipi:

C.P:

EXPÒS: Que

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Per això,

DEMAN: Que

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Maria de la Salut, a d de

SR.BATLE DE L'AJUNTAMENT DE MARIA DE LA SALUT

Ajuntament de Maria de la Salut

Plaça des Pou nº 13, Maríá de la Salut. 07519 ILLES BALEARS. Tel. 971525002. Fax: 971525194