



REPUBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE VIÑA DEL MAR
DEPTO. PATENTES Y PUBLICIDAD

INGRESO: _____/

FECHA: _____/

SOLICITUD DE REVISION COBRO DE PATENTE

SOLICITA REVISION DE COBRO DE LA(S) SIGUIENTE(S) PATENTE(S):

ROL: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

RUT: _____

GIRO: _____

NOMBRE CONTACTO: _____ TELEFONO: _____

E-MAIL: _____

En caso de solicitar devolución completar los siguientes datos de la empresa:

BANCO: _____ TIPO DE CUENTA: _____

Nº CUENTA: _____

Sra. Directora Departamento de Patentes y Publicidad:

Solicito a Ud. revisar lo siguiente:

1. CALCULO DE PATENTE☐
2. DOBLE COBRO DE ASEO☐
3. CALCULO PROPAGANDA☐
4. OTRO☐

Señalar motivo de revisión _____

Adjunta antecedentes:

Declaración de Renta S.I.I años:

Patentes años:

Otros:

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.,

FIRMA DEL CONTRIBUYENTE
O REPRESENTANTE LEGAL

REQUISITOS Y ANTECEDENTES PARA ACCEDER AL SERVICIO

Formulario de solicitud (disponible en Sitio Web y en Módulo de Informaciones Depto. De Patentes y Publicidad).

Fotocopia última Patente(s) Cancelada(s).

Antecedentes fundantes para revisión cobro.