

M U N I C I P A L I D A D D E A T E N A S

Departamento de Cobros

Tel: 2 4 4 6 - 4 6 - 2 9

e - m a i l : cobrosmuniatenas@hotmail.es

S O L I C I T U D D E A R R E G L O D E P A G O



Trabajamos para usted

Fecha: _____

Señores

Departamento de Cobros

Municipalidad de Atenas

Yo _____, cédula _____,
Teléfono _____, correo electrónico _____,
dirección exacta _____
_____.

En mi condición de Representante Legal de la Sociedad _____

Cédula Jurídica _____, con domicilio legal en _____
_____.

Por este medio declaro bajo fe de juramento, apercibido(a) de las penas con que castiga el ordenamiento jurídico penal costarricense el falso testimonio, que mi condición económica es difícil y por ello no he podido hacer frente a las obligaciones tributarias con la Municipalidad de Atenas, por lo que solicito se me apruebe formalizar un arreglo de pago para honrar las obligaciones con esta institución.

Al suscribir este arreglo de pago autorizo de forma expresa a la Municipalidad de Atenas, para que con el atraso en el pago de una o más cuotas, se proceda a dar trámite de Cobro Judicial a los saldos correspondientes.

M U N I C I P A L I D A D D E A T E N A S

Departamento de Cobros

Tel: 2 4 4 6 - 4 6 - 2 9

e - m a i l : cobrosmuniatenas@hotmail.es

S O L I C I T U D D E A R R E G L O D E P A G O



Trabajamos para usted

Firma del Contribuyente: _____

Número de Cédula: _____

OBSERVACIONES: En caso de que el titular de la obligación no se pueda hacer presente personalmente a la Municipalidad para firmar el Convenio de Pago llenar la siguiente sección.

Autorizo a _____

Cédula de Identidad _____, para que en mi nombre formalice el presente arreglo de pago.

Firma del Contribuyente: _____ **Cédula:** _____

Firma de la Persona Autorizada: _____ **Cédula:** _____

M U N I C I P A L I D A D D E A T E N A S

Departamento de Cobros

Tel: 2 4 4 6 - 4 6 - 2 9

e - m a i l : cobrosmuniatenas@hotmail.es

S O L I C I T U D D E A R R E G L O D E P A G O



Trabajamos para usted

P A R A U S O E X C L U S I V O D E L A M U N I C I P A L I D A D D E A T E N A S

Este arreglo de pago en caso de ser aprobado se cancelará de la siguiente forma:

Un pago inicial, conforme a lo establecido en el reglamento de Cobros de
¢ _____ y el resto en _____ cuotas () Mensuales ()
Quincenales () Semanales de ¢ _____.

RECIBIDO DPTO DE COBROS: _____ SELLO

V/B DESPACHO DEL ALCALDE: _____