



DEVOLUCION DE PATENTE

NOMBRE Y APELLIDO DUEÑO DE LA PATENTE

--

DIRECCION COMERCIAL

--

DIRECCION PARTICULAR DEL CONTRIBUYENTE

--

NOMBRE O GIRO DEL ESTABLECIMIENTO

--

PATENTE ROL N°		SOLICITA BORRAR DEL ROL DE PATENTES FONO:	
A CONTAR DEL	1° ____ SEM. 2° ____ SEM.	SEMESTRE DEL AÑO _____	
RUT		FECHA	
CORREO			

I. Completar por el contribuyente

FIRMA CONTRIBUYENTE

DEVOLUCION DE PATENTE

--

NOMBRE Y APELLIDO

--

DIRECCION

--

NOMBRE O GIRO DEL ESTABLECIMIENTO

PATENTE ROL N°		SOLICITA BORRAR DEL ROL DE PATENTES	
A CONTAR DEL	1° ____ SEM. 2° ____ SEM.	SEMESTRE DEL AÑO _____	
RUT		FECHA	

II. Completar por funcionario de la Sección de Rentas.

SECCION RENTAS MUNICIPALES

IMPORTANTE:

PARA HACER EFECTIVO EL TRAMITE, EN RENTAS MUNICIPALES DEBERA ENTREGAR ESTE FORMULARIO EN LAS OFICINAS UBICADAS EN **EDIFICIO OHIGGINS OFICINA 5-B 1° PISO O ENVIAR LA DOCUMENTACION AL CORREO tramitesrentas@corporacionlinares.cl** y

- Adjuntar la patente cancelada al día.
- Fotocopia del Carnet de Identidad por ambos lados.