



## SOLICITUD DEVOLUCION IVTM

| DATOS FISCALES DEL SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                   |                      |                      |      |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|------|---------------|
| N.I.F. / C.I.F.                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      | Apellidos y Nombre o Razón Social |                      |                      |      |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| Domicilio Fiscal (Tipo y nombre vía pública)                                                                                                                                                                                                                                                |                      | Núm.                              | Esc.                 | Piso                 | Pta. | Código Postal |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| Municipio/Provincia                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      | Teléfono                          |                      | Correo electrónico   |      |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| REPRESENTANTE (Obligación de acreditarla si no se ha presentado anteriormente)                                                                                                                                                                                                              |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| N.I.F. / C.I.F.                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      | Apellidos y Nombre o Razón Social |                      |                      |      |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| Domicilio Fiscal (Tipo y nombre vía pública)                                                                                                                                                                                                                                                |                      | Núm.                              | Esc.                 | Piso                 | Pta. | Código postal |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| Municipio / Provincia                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      | Teléfono                          |                      | Correo electrónico   |      |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| EXPONE                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| Que ha satisfecho el Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica, correspondiente al ejercicio <input type="text"/> , del vehículo marca <input type="text"/> , matrícula <input type="text"/> , del municipio <input type="text"/> el día <input type="text"/> en <input type="text"/> . |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| Que dicho vehículo ha sido dado de baja definitiva el día <input type="text"/> .                                                                                                                                                                                                            |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| Que en prueba de lo manifestado adjunto:                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del pago del IVTM respecto del cual se solicita la devolución.                                                                                                                                                                                           |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia de la baja tramitada ante la Jefatura Provincial de Tráfico.                                                                                                                                                                                             |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| <input type="checkbox"/> Copia del recibo del Impuesto sobre Vehículos de Tracción mecánica.                                                                                                                                                                                                |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| <input type="checkbox"/> Certificado del Ayuntamiento.                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| <input type="checkbox"/> Copia del N.I.F                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| <input type="checkbox"/> Poder de representación.                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| SOLICITA                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| La devolución de trimestres del IVTM del ejercicio, designándose el siguiente número de cuenta, en el que deseo que me efectúen la devolución:                                                                                                                                              |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| CUENTA IBAN MANDATO DE ABONO DIRECTO SEPA                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| PAIS / DC                                                                                                                                                                                                                                                                                   | BANCO                | SUCURSAL                          | D.C.                 | CUENTA               |      |               |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |      |               |
| BIC / SWIFT (Obligatorio en el caso de cuenta extranjera):                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| DOCUMENTACIÓN A APORTAR SI EL TITULAR DE LA CUENTA NO ES EL SUJETO PASIVO (MARCAR X):                                                                                                                                                                                                       |                      |                                   |                      |                      |      |               |
| <input type="checkbox"/> Certificado Bancario de Titularidad de la Cuenta.                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                   |                      |                      |      |               |

En , a  de  de

Fdo. D./Dña:

### GERENCIA DEL ORGANISMO AUTÓNOMO DE RECAUDACIÓN Y GESTIÓN TRIBUTARIA.

Teléfono del contribuyente: 900 113 845 - 927 627 462

Sede Electrónica: <https://sede.oargt.es>

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos de que los datos personales facilitados serán tratados por el Organismo Autónomo de Recaudación y Gestión Tributaria de Cáceres, con domicilio en Álvaro López Núñez, s/n, 10071 Cáceres.

Los datos personales podrán ser comunicados, en su caso, a otras Administraciones Públicas y entidades cuando resulte necesario para la gestión de su solicitud o en los supuestos previstos en la normativa vigente.

Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad del tratamiento y para determinar las posibles responsabilidades derivadas del mismo. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición dirigiéndose por escrito al Delegado de Protección de Datos en [dpd@oargt.dip-caceres.es](mailto:dpd@oargt.dip-caceres.es). Asimismo, si considera que el tratamiento de sus datos no se ajusta a la normativa vigente, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en <https://oargt.dip-caceres.es/>