|  |
| --- |
| **CONSORCIO URBANÍSTÍCO PARA LA REHABILITACIÓN DE PUERTO DE LA CRUZ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | |
| **Domicilio:** |  | |
| **Localidad:** |  | |
|  |  |  |
| **Número del N.I.F.:** | **Fax:** | **Teléfono:** |
| **En Representación de:** | | |
| **Domicilio del Representado:** | | |
| **N.I.F.:** **Teléfono:** | | |
| **CONTENIDO DE LA PETICIÓN:**    Puerto de la Cruz, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fdo.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sr. Presidente del Consorcio Urbanístico para la Rehabilitación de Puerto de la Cruz** | | |